



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA:
TRANSIÇÃO PARA O PAPEL MATERNO**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Fernanda de Ascensão Lopes Coelho

Porto, 2011



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA:
TRANSIÇÃO PARA O PAPEL MATERNO**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Orientadora:

Professora Doutora Margarida Abreu

Fernanda de Ascensão Lopes Coelho

Porto, 2011

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Margarida Abreu, por acreditar no meu potencial, pela sua orientação e pelas sugestões oportunas com que sempre pude contar.

Aos meus filhos, à Carolina e ao Henrique, os meus orgulhos.

Ao meu Marido Horácio, pela motivação, pela confiança e ajuda constante que me ofereceu nesta caminhada.

Às minhas amigas, Elsa Silva e Margarida Oliveira pelo apoio inestimável.

À Professora Doutora Anabela Rodrigues, pela disponibilidade e colaboração na fase final, a mais crítico de todo este percurso.

E um obrigada muito especialmente a **todas as jovens mães** que colaboraram com muito empenho e coragem para que pudéssemos realizar este estudo.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1. MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: TRANSIÇÃO PARA O PAPEL MATERNO	15
1.1. Desenvolvimento na Adolescência	16
1.2. Sexualidade e Gravidez na Adolescência	18
1.3. Maternidade na Adolescência	27
1.4. A Maternidade na Adolescência, Enfermagem e Transições	34
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	42
1. METODOLOGIA	43
1.1. Tipo de Estudo	43
1.2. Contexto e Participantes	45
1.3. Técnica de Recolha de Dados	46
1.4. Considerações Éticas	48
1.5. Tratamento e Análise dos Dados	50

2. AS CONDIÇÕES DE TRANSIÇÃO PARA O PAPEL MATERNO	54
2.1. Meio Ambiente em que a Participante Está Inserida	54
2.1.1. <i>Caracterização sócio-demográfica das participantes</i>	55
2.1.2. <i>Caracterização do grupo de pares</i>	58
2.1.3. <i>Recurso a Instituições de Saúde</i>	58
2.2. Nível de Planejamento e Expectativas Face à Gravidez e à Maternidade	59
2.3. Competências Face à Maternidade	63
2.4. Bem-estar Físico e Emocional	66
2.5. Significado da Maternidade	67
2.6. Cuidar a Jovem a Vivenciar o Processo de Transição para o Papel Materno	71
 CONCLUSÃO	 75
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 79
 ANEXOS:	 90
Anexo I - Guião da entrevista semi-estruturada	
Anexo II - Cronograma e estimativa de custo	
Anexo III - Consentimento Livre e Esclarecido	

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Dados sócio-demográficos das participantes e dos seus companheiros.....	57
QUADRO 2: Dados sócio-demográficos do grupo de pares.....	58
QUADRO 3: Conhecimento sobre as mudanças inerentes à gravidez e à maternidade.....	60
QUADRO 4: Preocupações das participantes antes e depois do nascimento da criança.....	61
QUADRO 5: Expectativas da participante em relação ao futuro da criança.....	62
QUADRO 6: Interesse do companheiro pelo acompanhamento às consultas de saúde infantil.....	64
QUADRO 7: Preparação da participante para o papel materno.....	64
QUADRO 8: Dificuldades das participantes na prestação de cuidados à criança.....	65
QUADRO 9: Reacções face às alterações da imagem corporal devido à gravidez e à maternidade.....	66
QUADRO 10: Reacção da adolescente face à gravidez.....	68
QUADRO 11: Reacção da adolescente quando viu o filho pela primeira vez	69
QUADRO 12: Reacções das participantes à experiencia da maternidade.....	70
QUADRO 13: A importância de ter um filho para a participante.....	70

RESUMO

A maternidade na adolescência é considerada pelas sociedades industrializadas como um grave problema de saúde pública, encontrando-se muitas vezes associados a baixos níveis de escolaridade, ao desemprego ou ao emprego precário (Canavarro, 2001). Esta problemática pode causar um impacto negativo na saúde da adolescente e da criança, assim como na família e na sociedade.

O modo como a maternidade afecta a adolescente, a sua família e a sociedade envolvente está relacionado com a sua própria cultura. Assim sendo, ser mãe precocemente pode fazer sentido por razões económicas e culturais em alguns grupos, o que deve ser tido em conta ao avaliar o impacto da maternidade no percurso desenvolvimental da adolescente (Arai, 2003).

Neste sentido, a pergunta que norteou este trabalho de investigação foi: “Como vivenciam as mães adolescentes, o processo de transição para o papel materno” no concelho de Lousada, tendo como objectivos: compreender o significado atribuído ao processo de transição para o papel materno; descrever as expectativas em relação ao papel materno; identificar os conhecimentos e as habilidades perante o papel materno e conhecer o contexto social e familiar das participantes.

Este estudo tem um carácter qualitativo, em que a técnica de recolha de dados foi a entrevista semi-estrutura. A análise destas foi através do método de análise de conteúdo de Bardin e à luz da teoria das transições de Meleis. As participantes do nosso estudo foram oito mães adolescentes, com idades compreendidas entre os 17 e os 19 anos, internadas num serviço de Obstetrícia / Ginecologia de um hospital do concelho de Penafiel, no período compreendido entre Janeiro e Dezembro de 2009.

As participantes do estudo, na sua maioria (75%) são casadas e 50% da amostra planeou a sua gravidez. O conhecimento e habilidades na prestação dos cuidados à criança foram facilitados pelas suas experiências (62,5%) e pelo apoio social (87,5%), recebido principalmente pelas mães das participantes. Neste contexto, vários factores, como o

planeamento da gravidez, o conhecimento prévio e o suporte social, revelaram-se como condições facilitadoras das transições vivenciadas pelas participantes.

Assim, verificámos que as participantes conseguiram adaptar-se ao processo de transição para o papel materno, mostrando ter disponibilidade materna manifestada pela facilidade na prestação dos cuidados à criança, pela preocupação com o filho, pela compreensão das necessidades deste e pela interacção positiva que referiram ter com os seus filhos.

Temos consciência que pelas características deste estudo, os resultados obtidos não podem ser generalizados. Por este motivo, sugerimos a continuidade do estudo de forma a elaborar um programa destinado às mães adolescentes.

Palavras-chave: adolescência, sexualidade, gravidez, maternidade e transições

ABSTRACT

Adolescent motherhood is considered in the actual societies as a serious public health problem, and is often associated to low levels of schooling, unemployment or precarious employment (Canavarro, 2001). This can have a negative impact on the health of adolescents and children, as well as in family and society. The way in which motherhood affects the teenager, her family and surrounding society is related and shaped by her culture of belonging. Being a mother early can make sense for economic and cultural reasons in some groups, which must be taken into account when assessing the impact of motherhood on the adolescent developmental pathway (Arai, 2003).

The start question that guided this research was: "How teen mothers experience the transition into the maternal role in the municipality of Lousada. The aims of the study were: to understand the meaning attributed to the transition into the role of maternity; to describe the expectations of the role of maternity; to identify the knowledge and skills demanded of the role of maternity; and to meet the social and family participants.

Qualitative research method was used in this study. A semi- structured interview was chosen to collect data from the participants, and the qualitative information was submitted to content analysis according to Bardin (2004). The participants of this study were eight teenage mothers, aged between 17 and 19 years, admitted to an obstetric service in a hospital in the municipality of Penafiel in 2009.

The majority of the participants (75%) are married and 50% have planned their pregnancy. The knowledge and skills in the provision of child care were facilitated by their experiences (62.5%) and social support (87.5%), received mainly by the mothers of participants. In this context, several factors such as pregnancy planning, prior knowledge and social support, as revealed as facilitating conditions of the transitions experienced by participants.

Thus, we found that participants were able to adapt to the transition to the maternal role, being available showing maternal expressed the ease in the provision of

child care, by concern for the child, by understanding the needs of this and who reported positive interaction have with their children.

Due to the characteristics of the study, the results can't be generalized. We strongly suggest the definition of specific programs to deal with the pregnancy in adolescence.

Keywords: adolescence, sexuality, pregnancy, maternity and transitions.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um processo dinâmico de passagem entre a infância e a idade adulta. Chegar a esta etapa não se constitui uma tarefa fácil *“é um pouco como se algo de muito importante se tivesse perdido e algo de muito importante se não tivesse ainda encontrado”* (Costa, 1998, p. 8).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), considera adolescentes os indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos. Esta organização divide ainda a adolescência em três fases: (i) inicial, entre os 10 e os 13 anos, caracterizada por um surto de crescimento, pelo começo da maturação sexual e do pensamento abstracto; (ii) intermédia, entre os 14 e os 15 anos, na qual se completa a maioria das mudanças físicas, desenvolve um forte sentido de identidade e o pensamento se torna mais reflexivo e (iii) tardia, entre os 16 e os 19 anos, em que o corpo adquire a sua forma de adulto, a identidade se encontra definida e o indivíduo expressa as suas ideias e opiniões. A OMS salienta que estas mudanças podem ocorrer a diferentes ritmos, variando de indivíduo para indivíduo.

Também Canavarro (2001) refere que a adolescência é caracterizada por mudanças sociais, psicológicas e físicas. É um período que obriga a grandes reorganizações internas e a alterações significativas nas relações com os outros.

Neste contexto de transformações, Azêdo (2010) realça as tarefas de desenvolvimento da adolescência. Estas englobam a formação da auto-estima, a aceitação das mudanças físicas e emocionais, o estabelecimento da independência, a intensificação e a reformulação das relações com os pares e o estabelecimento de relações íntimas.

Segundo Costa (2002) o adolescente coexiste no mundo em relação com o meio, sendo interlocutor de uma cultura num contexto pessoal de realizações em que as dimensões familiares, sociais, políticas e religiosas o desafiam a tornar-se pessoa. Esta

autora acrescenta que a adolescência é um percurso da vida particularmente influenciado pelos padrões culturais e valores de cada sociedade.

No final da adolescência o jovem tem a sua identidade e maturação sexual estável ou quase estável, tem um projecto de vida e capacidade para tomar decisões, assente num sistema de valores. Segundo Sousa (2000) a sexualidade é um conjunto de transformações que resultam do desenvolvimento sexual e que visam o aperfeiçoamento da sexualidade. O adolescente passa a ter percepção dos impulsos sexuais, até então desconhecidos, crescem os desejos e as fantasias, aumentando o risco de uma gravidez precoce e das doenças sexualmente transmissíveis.

A gravidez na adolescência tem implicações a nível biológico, familiar, emocional, económico, jurídico-legal e sociais, para a adolescente e, indirectamente, para a sociedade como um todo (Vitalle e Amâncio, 2004). Estes autores salientam ainda que a gravidez na adolescência limita, ou mesmo adia, as possibilidades de desenvolvimento e participação social das adolescentes. Devido às repercussões para a adolescente e para a criança, a gravidez na adolescência é considerada uma situação de alto risco (OMS, 1978).

Canavarro (2001) acrescenta que a maternidade na adolescência impõe à jovem novas tarefas familiares, educacionais e laborais, numa etapa fundamental do seu desenvolvimento onde se acentua a aquisição de normas de conduta e de valores que definirão a sua personalidade.

Embora a caracterização exposta anteriormente sobre a gravidez e a maternidade se destaque na literatura sobre esta temática, actualmente, alguns estudos têm apontado controvérsias nestas concepções (Soares, Marques, Martins e tal. 2001).

Segundo Figueiredo (2001), a maternidade na adolescência não se traduz numa situação de risco para todas as mães mas, constitui sempre um desafio para o qual a maior parte das adolescentes não está preparada. No entanto, a gravidez na adolescência continua a ser considerada um problema de saúde pública mundial, a marcar a actualidade, a inquietar pais, professores, profissionais de saúde e os próprios jovens (Costa, 2002).

De acordo com a United Nations Children's Fund (UNICEF, 2001; cit *in*. Azêdo, 2010), Portugal continua a apresentar uma taxa elevada de gravidez na adolescência, situando-se em 7º lugar a nível mundial (com base em dados de 1998).

Em Portugal, entre 2004 e 2009 o número de nascidos vivos em mulheres adolescentes teve um decréscimo de 5264 para 3927 (Alto Comissário para a Saúde, 2010). Mas estes números não se encontram homogeneamente distribuídos pelo país. Ao procedermos a uma análise por região verificamos que em 2009 o Norte do país registou aproximadamente 35% dos nascimentos em mães adolescentes, apenas ultrapassado por Lisboa e Vale do Tejo com 41%. Nas regiões do Sul (Alentejo e Algarve) observou-se a menor taxa de nascimentos, com 10,6%.

Estes indicadores associados à nossa experiência profissional num serviço de Obstetrícia / Ginecologia, que recebe com frequência puérperas adolescentes, despertou-nos o interesse em aprofundar a temática. É neste contexto que se insere a presente dissertação, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Assim, emergiu a questão de investigação que orientou a presente dissertação “Como vivenciam as mães adolescentes, o processo de transição para o papel materno?”

A investigação científica é um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para as questões que necessitam de uma investigação. Pelas suas funções, a investigação permite descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos. No contexto das ciências de enfermagem, o objecto da investigação são os fenómenos no domínio dos cuidados de enfermagem. Este objecto de estudo conduz à construção e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina que se organizam em torno de conceitos, de modelos e de teorias (Fortin, 2009).

Em termos teóricos, ancoramos a presente dissertação na teoria das transições de Meleis, uma vez que esta nos pode ajudar a compreender o processo de transição das adolescentes para o papel materno. Para Meleis (2007 / 1997) transição é uma passagem de uma condição para outra, ou seja uma mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, nas expectativas e/ou nas habilidades.

De acordo com Soares, Marques, Martins et al. (2001) as mães adolescentes enfrentam uma dupla transição: a transição para a adolescência e a transição para a maternidade. Como resultado de uma transição desenvolvimental assíncrona, estas adolescentes encontram-se expostas a maior stress que pode ser nocivo para o seu bem estar e para o bem estar da criança.

Meleis (2007) refere que as transições geradas pelos processos desenvolvimentais ou por acontecimentos significativos da vida exigem adaptação. Esta autora salienta que os enfermeiros podem facilitar a adaptação a novos papéis pelos indivíduos. Os profissionais de enfermagem, baseados num modelo de transição, podem antecipar e detectar necessidades de aprendizagem, de novos conhecimentos, de habilidades e de estratégias de adaptação que possibilitem e facilitem a transição da adolescente para o papel materno.

Durante a revisão da literatura acerca da nossa problemática, verificamos a existência de numerosos estudos, nomeadamente, nas áreas da educação, da psicologia, da medicina e da enfermagem. No entanto, apenas alguns investigadores como Machado (2004) é que se apoiam na teoria das transições. De todos os estudos realizados a nível de Enfermagem salientamos os realizados por Abreu (2003), Machado (2004) e Reis (2007).

Abreu em 2003, realizou um trabalho de investigação com o tema *Olhem como elas aprendem a ser mães!* O seu objectivo foi: Identificar os riscos psicológicos que as grávidas adolescentes podem enfrentar e que são determinantes do processo de adaptação à gravidez na adolescência.

Machado em 2004, estudou *A transição do ser adolescente puérpera ao papel materno sob o enfoque do cuidado de enfermagem*. Os seus objectivos foram: compreender o processo de transição ao papel materno vivenciado pelas adolescentes, sob o cuidado de enfermagem; delinear a partir do apreendido uma estrutura conceitual de cuidados de enfermagem à adolescente, diante do processo de transição ao papel materno.

Reis em 2007, realizou um estudo com o tema *Gravidez e maternidade na adolescência num município de Uberaba – Estado de Minas Gerais – Brasil*. Os seus objectivos foram: descrever o perfil da adolescente que engravida e se torna mãe num município brasileiro; estudar as características da gravidez e maternidade nas adolescentes nos aspectos sanitários, socioeconómicos, culturais e familiares; conhecer, identificar e analisar os contextos e as determinantes psicossociais e culturais da gravidez e maternidade na adolescência; conhecer a origem e o contexto familiar da adolescente que

engravidar; evidenciar a importância dos sistemas de informação em saúde para conhecer melhor as realidades sanitárias e posterior utilização no planeamento de acções; sugerir temas para a realização de sessões de educação para a saúde dos adolescentes e contribuir para melhorar a informação e a comunicação em saúde, reduzindo os problemas encontrados neste contexto.

Com o presente estudo pretendemos:

- Caracterizar o contexto sociodemográfico das participantes;
- Conhecer o contexto familiar das participantes;
- Compreender o significado atribuído pelas participantes, ao processo de transição para o papel materno;
- Identificar o nível de planeamento da gravidez / maternidade;
- Descrever as expectativas das participantes em relação ao papel materno;
- Identificar o nível de conhecimentos e habilidades das participantes face ao papel materno.

No que concerne à finalidade deste estudo, pretendemos contribuir para a elaboração de um programa destinado às mães adolescentes inscritas no Centro de Saúde de Lousada inserido no ACES Tâmega III, Vale do Sousa Norte, de forma a facilitar o seu processo de transição para o papel materno.

No que diz respeito à estrutura, a presente dissertação encontra-se organizada em dois capítulos: no primeiro procuramos contextualizar a problemática em estudo, abordando a adolescência, a sexualidade, a gravidez e a maternidade, assim como a importância do cuidar em enfermagem na transição vivenciada pela adolescente para o papel materno. No segundo capítulo, serão apresentados os aspectos metodológicos – tipo de estudo, contexto e participantes, técnica de recolha de dados, considerações éticas, tratamento e análise dos dados e procederemos ainda à apresentação e discussão dos resultados. Por último, na conclusão serão apresentados os resultados mais relevantes, as limitações do estudo e sugestões para o futuro, em termos de investigação sobre esta problemática.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: TRANSIÇÃO PARA O PAPEL MATERNO

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento, que tem início com as alterações psicobiológicas que consubstanciam a puberdade e terminam com o início da idade adulta (Sampaio, 2006).

A adolescência caracteriza-se pela inexistência de marcadores socioculturais claros ou fronteiras nítidas que assegurem um processo irreversível de passagem à idade adulta (Cabral, 2002). Este autor acrescenta que o prolongamento desta fase se deve às alterações socioculturais e económicas que têm ocorrido nos países desenvolvidos

Para Costa (2002) a adolescência é um processo natural de amadurecimento em que se verificam mudanças a nível físico e cognitivo, influenciados por factores inatos, inerentes à genética e a factores ambientais, tais como a família, a escola e o meio envolvente. Assim, diante de um corpo, emoções, intelecto, valores, relações sociais e familiares em mudança, o adolescente tem que encontrar uma forma de se adaptar a uma nova circunstância, a novos papéis e a ter uma participação mais activa na sociedade (Grady e Bloom, 2004).

A tomada de decisões é importante na vida dos adolescentes para questões relativas ao envolvimento sexual, à sua vida sexual e reprodutiva, à contracepção, ao uso e abuso de drogas e à própria escolha de uma carreira profissional (Reis, 2007).

A adolescência é um período caracterizado por inúmeras transformações, que marcam esse complexo momento de transição. Esta pode tornar-se ainda mais difícil quando ocorre uma gravidez. Quando a adolescente engravida e se torna mãe, interrompe o percurso normal da adolescência e depara-se com inúmeras responsabilidades (Andrade, Ribeiro e Ohara, 2009).

No decurso da adolescência, a gravidez impõe à adolescente uma adaptação não só às mudanças físicas, psicológicas e sociais associadas à gravidez enquanto período de desenvolvimento, como tem ainda que lidar com as exigências normativas do período desenvolvimental que atravessa (Figueiredo, 2001). Segundo Azêdo (2010), a simultaneidade da transição da infância para a idade adulta e da transição para a maternidade implica um movimento das expectativas sociais do individual para o colectivo.

Para Grady e Bloom (2004) a gravidez pode, interferir com as tarefas desenvolvimentais da adolescência e conduzir a uma dupla crise desenvolvimental (Pereira, Canavarro, Mendonça et al., 2002). Neste sentido, o processo de transição desenvolvimental e situacional, requer dos adolescente adaptações e transformações que, dependendo das circunstâncias, podem conduzir a uma maior vulnerabilidade e a um estado de desequilíbrio.

Para compreendermos o processo de transição para a maternidade é necessário ter em consideração os aspectos contextuais.

1.1. Desenvolvimento na Adolescência

A adolescência é descrita como uma etapa marcada por mudanças físicas, psíquicas e sociais (Azêdo, 2010; Andrade, Ribeiro e Ohara, 2009; Sampaio, 2006; Cabral, 2002; Costa, 2002; Figueiredo, 2001; Zagonel, 1999).

Nesta perspectiva, Sprinthall e Collins (1994) apresentam o modelo de Hill (1980), que divide as mudanças que ocorrem durante a adolescência em mudanças primárias e secundárias. As mudanças primárias incluem as transformações biológicas e físicas da puberdade, as alterações na definição social e nas expectativas que os outros têm em relação ao adolescente, resultantes das transformações biológicas da puberdade e das mudanças cognitivas do indivíduo. A interacção circular entre estas mudanças, ao longo de um determinado período de tempo e nos contextos onde o indivíduo se move, produzem as mudanças secundárias. Estas englobam as transformações das relações familiares, o aumento da autonomia, a construção de um sentido de identidade, a transformação no modo de encarar as relações íntimas, a sexualidade e as alterações nas perspectivas de

realização com a imergência de novos interesses, objectivos e uma criatividade crescente.

As alterações cognitivas ocorrem em simultâneo com as alterações afectivas, como a aquisição de sentimentos e com o desenvolvimento de uma personalidade influenciada pelos papéis sociais e pelos seus valores. Assim sendo, as aquisições não são independentes do contexto social e cultural em que ocorrem (Inhelder e Piaget, 1982; cit. *in* Lila, 2009).

No entanto, o alargamento do campo cognitivo pela estrutura do pensamento formal traz consigo uma forma de egocentrismo (Lila, 2009). Este egocentrismo caracteriza-se pela incapacidade do adolescente acreditar nas possíveis consequências dos seus comportamentos, sentimentos de invencibilidade e até mesmo, a crença de não ser governado pelas mesmas leis naturais que regem os outros (Grady e Bloom, 2004).

As transformações cognitivas e as consequentes reacções emocionais conduzem à noção de que a adolescência é um período de crise identitária (Sprinthall e Collins, 1994). Estes autores referem que o processo de formação de identidade consiste na integração das transformações pessoais, nos requisitos sociais e nas expectativas em relação ao futuro.

Para Reis (2007) a adolescência é considerada como um período de experimentação, reconhecimento e consolidação do conhecimento adquirido, mas também de crescimento e desenvolvimento do ser humano, com características e marcas muito específicas, não só fisiológicas mas também psicológicas. As alterações fisiológicas podem influenciar psicologicamente os adolescentes, dependendo do significado que estas alterações possuem para os mesmos, para os seus pares e para os adultos que o rodeiam.

Segundo Costa (2002) a auto-imagem e a auto-estima de um adolescente não são obrigatoriamente influenciadas pelos processos biológicos, mas são o reflexo das transformações físicas e das reacções subjectivas do próprio e dos outros. Porém, as transformações biológicas preparam o indivíduo para a sexualidade, iniciando-se a procura de amor no mundo externo.

Lila (2009) aponta que o egocentrismo e a dificuldade em prever as consequências futuras do seu comportamento são factores relacionados com a gravidez na adolescência.

Neste sentido, o conjunto de transformações emocionais inerentes à adolescência, leva-nos a questionar se o adolescente tem responsabilidade para iniciar a sua actividade sexual e se tem maturidade sobre as consequências desta, ou seja, a maternidade e a paternidade (Sá, 2004).

1.2. Sexualidade e Gravidez na Adolescência

A sexualidade é uma energia que motiva os indivíduos a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como estes se sentem, movem, tocam e são tocados; é serem sensuais e ao mesmo tempo sexuais; influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, domina também a saúde física e mental dos indivíduos (OMS, 1984).

Segundo Reis (2007) as atitudes e crenças pessoais revestem-se de particular importância para a sexualidade, uma vez que são factores que podem influenciar a saúde dos indivíduos. Domingos (2010) refere que a sexualidade representa uma característica humana complexa, manifestando-se de diferentes formas a nível individual e social.

A sexualidade desenvolve-se através de um longo processo de socialização sexual em que as atitudes se formam e se alteram durante a infância, a adolescência e a terceira idade (Brás, 2008). Segundo Reis (2007) a sexualidade é um aspecto importante da vida das pessoas e envolve sexo, papéis sexuais, orientação sexual, erotismo, prazer, envolvimento emocional, amor e reprodução. Para esta autora a socialização sexual atinge um ponto importante na adolescência, quando ocorrem as mudanças biológicas e quando novos sentimentos e formas de relacionamento são experimentadas.

Para Weeks (2003) a sexualidade, assume grande importância no contexto da existência humana e surge imbuída num intrincado conjunto de dimensões e problemáticas. A sexualidade não é algo imutável, quer em termos pessoais quer em termos sociais ou históricos, varia significativamente ao longo do ciclo de vida, em função da classe social, etnia, capacidade física, orientação sexual, religião e região.

Brás (2008) menciona que a sexualidade se encontra inserida no conjunto de transformações que caracterizam a própria adolescência. O exercício da sexualidade surge

da confluência de necessidades, desejos, emoções, valores e expectativas sociais. A sexualidade não se limita apenas aos comportamentos, abrange a identificação sexual que se processa através da socialização realizada pelos diversos agentes sociais e nos diversos contextos a que o indivíduo pertence.

Para Costa (2002), na adolescência, a sexualidade revela-se intensamente e o adolescente começa a determinar a ligação entre a sexualidade e a afectividade. Surge o desejo de estabelecer com outra pessoa, uma relação de afectividade muito particular, que quando é correspondida pode conduzir ao que normalmente se intitula de namoro, constituindo o ponto fulcral da vivência da sexualidade.

Neste sentido, a sexualidade na adolescência engloba além dos aspectos da reprodução, as emoções, as atitudes e os comportamentos relacionados com os padrões sociais e pessoais (Pontes, 2011). A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, de gravidezes não desejadas e livre de imposições, violência e discriminação (Reis, 2007).

Segundo Pontes (2011), o conceito de saúde sexual e reprodutiva assume especial relevância no contexto das intervenções na área da sexualidade, já que implica uma abordagem positiva da sexualidade humana com o objectivo de promover uma vivência saudável e satisfatória, não se restringindo às questões relativas à reprodução ou às doenças sexualmente transmissíveis. Pontes refere ainda que na maioria dos países ocidentais há consensos alargados em matérias como os direitos sexuais ou a importância da educação sexual, mas sobre esta temática, também persistem divergências muito significativas entre diferentes países e culturas ou mesmo entre as pessoas de diferentes níveis socioeconómicos ou grupos de uma determinada sociedade. Em muitas sociedades, as expressões da sexualidade são alvo de normas morais, religiosas ou científicas, que vão sendo aprendidas desde a infância.

Actualmente, as sociedades tornaram-se mais tolerantes no que respeita à vivência da sexualidade dos adolescentes, ainda que alguns adultos não a entendem de uma forma plenamente positiva e não a incentivem (Souza, 2002). O reconhecimento da importância

da manifestação da sexualidade nos adolescentes tem sido um assunto polémico, nomeadamente, em sociedades com uma moral rígida, onde a expressão da sexualidade só é aceitável quando tem por fim a reprodução.

Segundo Reis (2007) esta mentalidade conservadora pode não reconhecer a sexualidade dos adolescentes e, conseqüentemente, não os preparar para uma vida sexual saudável e responsável. Por outro lado, persiste ainda a ideia de que abordar o assunto da actividade sexual encoraja os adolescentes a iniciarem a sua vida sexual. No entanto, a informação e a educação sexual não conduzem a um início precoce das relações sexuais, tem sim, como objectivo que os adolescentes adoptem comportamentos sexuais responsáveis.

É fundamental que os adolescentes sejam informados e orientados para uma vivencia mais informada, mais gratificante e autónoma da sexualidade. Esta necessidade de informação deve-se ao facto dos adolescentes actualmente iniciarem a sua vida sexual mais precocemente do que nas gerações anteriores (Reis, 2007). Esta autora relaciona este início precoce da actividade sexual com o aumento do risco de maternidade na adolescência e das doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo Canavarro (2001) o início precoce da actividade sexual deve-se à maior disponibilidade de contracepção, à crescente erotização de diversos aspectos sociais, à família, a mudanças de valores relacionados com a sexualidade, aos padrões de casamento e à própria adolescência.

Na aquisição de valores, conhecimentos e competências de ordem sexual, os pais e a escola são importantes fontes de aprendizagem sobre sexualidade. No entanto, grande parte desta aprendizagem é feita no contexto do grupo de pares. Os pares nem sempre são uma fonte segura de informação e os adolescentes adquirem mitos sobre relações sexuais e aprendem valores e comportamentos impróprios ao mesmo tempo que aprendem também competências interpessoais (Reis, 2007).

Canavarro (2001) refere que durante a adolescência, os factores que parecem ter maior influência na construção de assunções básicas sobre sexualidade e, concretamente,

sobre o seu início são a família e o grupo de pares. Esta autora refere ainda que a comunicação e a informação em saúde no contexto da reprodução, da concepção e dos métodos anticoncepcionais, podem ser negligenciados por diversas razões, entre elas, a dificuldade dos pais, professores e profissionais de saúde em abordarem o assunto da sexualidade e de nem sempre a informação e o conhecimento que é transmitido aos adolescentes serem os mais correctos.

Para Brás (2008) a contracepção é um dos motivos que leva mais adolescentes a procurarem os profissionais de saúde. Este autor salienta que é fundamental que os profissionais de saúde saibam esclarecer adequadamente os adolescentes sobre os métodos contraceptivos e a forma de os adquirir.

Porém, Sá (2004) refere que a família, nomeadamente, os pais são os agentes de socialização mais importantes para os adolescentes, sendo importante fomentar a relação entre eles e fornecer também aos pais informações acerca da sexualidade e da contracepção.

Por estes motivos, as temáticas da educação sexual têm ganho um protagonismo crescente, através de um conjunto de planos, programas e de acções nacionais e internacionais que enquadram medidas normativas e reguladoras das intervenções nesta área (Santos, Silva e Fonseca, 2009).

A educação sexual nas escolas surge publicada, pela primeira vez, na Lei nº 3/84 de 24 de Março, que define o dever do Estado em garantir o direito à educação sexual como componente do direito fundamental à educação. Esta lei tem como principal foco de atenção a sexualidade e a família, remetendo a educação sexual apenas para fins de organização informada da família, através do acesso à contracepção e aos conhecimentos biológicos de reprodução.

Posteriormente, o Estado garante o direito à educação sexual como um direito fundamental à educação, através da Lei de Bases do Sistema Educativo em 1986, que pressupõe a integração de temas, apenas ligados à reprodução humana, nas disciplinas de biologia e ciências naturais.

Com a Lei nº 120/99 de 1999 a evolução da educação sexual foi notória, partindo

de uma visão da sexualidade restrita à família, para uma perspectiva mais direccionada para a saúde e bem-estar sexual. A referida lei perspectiva uma educação pela e para a cidadania, assim como, os direitos dos jovens, através da cooperação do Estado e das instituições de planeamento familiar na intervenção com as famílias e com as escolas.

Estas estratégias políticas, que assentam no aumento da formação e informação dos agentes educativos, dos próprios jovens e na tomada de consciência dos seus direitos, estiveram na origem do Plano Nacional de Saúde dos Jovens e das linhas Orientadoras da Educação Sexual em Meio Escolar (Santos, Silva e Fonseca, 2009).

O Plano Nacional de Saúde (2004 / 2010), aprovado pelo Ministério da Saúde que tem a tutela da Saúde Escolar, define prioridades de saúde com o objectivo de obter ganhos em saúde a médio e a longo prazo. As estratégias da promoção da saúde com os alunos tem como ponto de partida o desenvolvimento da capacidade de interpretar o real e actuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados.

A 6 de Agosto de 2009 foi publicado em Diário da República, na 1ª série a Lei nº 60 / 2009 que decretou a aplicação da educação sexual, integrando-se no âmbito da educação para a saúde, nas áreas curriculares não disciplinares e nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário, em todo o Território Nacional. A educação sexual passa a ser nestes moldes, um objecto de inclusão obrigatória nos projectos educativos dos agrupamentos de escolas e nas escolas não agrupadas.

Borges e Fujimori (2009) referem que apenas a informação não é suficiente para que sejam adoptadas práticas sexuais seguras, principalmente, porque o uso de métodos contraceptivos varia em função do tipo de relacionamento, da relação de poder entre os parceiros, do acesso à contracepção de forma contínua e do acompanhamento dos profissionais de saúde.

De facto Zampiri, Garcia e Boehs (2005) constatarem através de pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, que grande parte da população tem informação necessária sobre o uso de métodos contraceptivos, mas mantêm um relacionamento sexual sem adoptar os cuidados necessários. Estes autores mencionam

ainda, um estudo realizado num serviço de obstetrícia num Hospital do Porto Alegre – Brasil, em que das adolescentes com vida sexual activa que usavam algum método contraceptivo, 41% faziam-no de forma incorrecta.

Azêdo (2010) refere que alguns adolescentes, embora possuam conhecimentos sobre contracepção, vêm obstáculos ao seu uso, nomeadamente, o medo da sua sexualidade ser descoberta pelos seus familiares e a posse de contraceptivos seria a prova formal de uma vida sexual activa, a vergonha, a culpabilidade, o custo, o medo dos efeitos secundários, a inacessibilidade de consultas médicas ou mesmo a dificuldade em usar os contraceptivos.

Nesta perspectiva, Vieira, Soes, Dónia et al. (2006) referem que a utilização ou não de métodos contraceptivos pelos adolescentes pode estar relacionada com a dificuldade de diálogo com o parceiro, com o tipo de informação e conhecimento que os adolescentes têm sobre a contracepção e a fisiologia da reprodução, assim como o conhecimento e o modo de utilização dos métodos anticoncepcionais.

Por outro lado, Sá (2004) refere que a ausência de estratégias de contracepção pode representar, entre os adolescentes, uma manifestação de confiança mágica que emerge da paixão e os métodos contraceptivos podem representar no plano emocional, uma invasão à intimidade da relação, porque são pensados, considerando assim, a sexualidade uma dimensão excessivamente instrumental. Além disso, a idealização da onnipotência natural dos adolescentes, perante o mundo, as pessoas, o amor e sem dúvida a sexualidade, pode tornar-se também um obstáculo à contracepção.

A este propósito, Costa (2002) menciona que a ausência de reflexão e discussão das consequências destas atitudes pode conduzir à ocorrência de gravidezes indesejadas e ao aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis.

A gravidez na adolescência é o produto final de uma série de comportamentos que se iniciam com o estabelecimento da actividade sexual e continuam através das relações coitais, da falta ou do uso incorrecto da contracepção e de uma série de decisões conscientes e inconscientes acerca desses comportamentos (Hardy e Zabin, 1991).

Uma gravidez indesejada durante a adolescência, pressupõe que a adolescente tenha uma vida sexual activa e que não tenha utilizado de modo eficaz um método contraceptivo seguro. Para Roque (2001) a contracepção requer que a adolescente conheça os métodos contraceptivos, preveja a possibilidade de ter uma relação sexual, adquira o contraceptivo, fale com o parceiro sobre a contracepção e utilize o método de forma correcta. Basta que este processo não ocorra e que não seja utilizado nenhum método contraceptivo para que a adolescente engravide.

A gravidez na adolescência não é um fenómeno novo, no início do século XX, era considerada um acontecimento habitual para os padrões culturais e para os costumes vigentes. Na actualidade, tem sido considerada como um problema, pelas repercussões que pode impor à adolescente.

Sá (2004) refere que a gravidez implica, naturalmente, uma maior vulnerabilidade e desorganização dos padrões anteriores, modificações fisiológicas e do estado emocional o que provoca a presença de um certo grau de ansiedade e de alterações no processo de construção de identidade.

Psicologicamente, a gravidez é um período que permite a preparação para maternidade, ou seja, é um período em que as mulheres ensaiam cognitivamente papéis e tarefas, estabelecem uma ligação afectiva à criança e iniciam o processo de reestruturação para incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprendem a aceita-lo como pessoa com vida própria (Canavarro, 2001).

Costa (2002) refere que a gravidez é um desafio na vida de qualquer mulher, sendo ainda maior para a adolescente porque acrescenta outro tipo de complexidade a um período já por si confuso, ou seja, à mudança física e emocional característica da adolescência é acrescentada a mudança física e emocional da gravidez. Benson (2004) acrescenta a toda esta problemática os recursos limitados de que as adolescentes geralmente dispõem, tanto a nível económico como de experiência de vida, de educação, de emprego, de oportunidades e de competências interpessoais.

Assim, Canavarro (2001) refere que a ocorrência de uma gravidez na adolescência, constitui um desafio desenvolvimental altamente exigente. Geralmente, a gravidez implica novas responsabilidades que são incompatíveis com as actividades normais de um adolescente, ou seja, as tarefas de desenvolvimento necessárias à resolução da crise inerente à gravidez interferem com a resolução de tarefas inerentes à adolescência, nomeadamente, no que diz respeito à exploração, às relações com os pares, às relações amorosas, à identidade sexual, às decisões relacionadas com a escola, a carreira e com os processos de autonomia (Canavarro e Pereira, 2001). Além disso, Wakschlag e Hans (2000) consideram que a gravidez na adolescência implica perda de liberdade.

Sendo a gravidez na adolescência uma situação biopsicosocial complexa a sua análise deve contemplar os diferentes pontos de vista e ter em conta a sua etiologia multicausal (Azêdo, 2010). Assim, Vitale e Amâncio (2004), quanto à etiologia, da gravidez na adolescência, atribuem-na os seguintes factores:

- **Factores biológicos** - Sendo a menarca, em última análise, a resposta orgânica que reflecte a interacção dos vários segmentos do eixo neuroendócrino feminino, quanto mais precocemente ocorrer, mais exposta estará a adolescente à gravidez.
- **Factores de ordem familiar** – As adolescentes que iniciam a vida sexual precocemente ou engravidam neste período, geralmente são provenientes de famílias cujas mães também iniciaram a vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência. De qualquer modo, quanto mais jovens e imaturos os pais, maiores as possibilidades de desajustes e desagregação familiar. O relacionamento entre irmãos também está associado com a actividade sexual. São observadas experiências sexuais mais precoces, nos adolescentes que têm irmãos mais velhos e com vida sexual activa.
- **Factores sociais** - A sociedade tem passado por profundas mudanças, verificando-se uma diminuição dos tabus, inibições e estigmas que, simultaneamente, aumentam a actividade sexual e a gravidez na adolescência. A gravidez pode ser encarada como evento normal, não problemático e aceite dentro das normas e costumes de

uma sociedade. A adopção de uma religião está também relacionada com o comportamento sexual. Alguns trabalhos mostram que os adolescentes que têm actividade religiosa apresentam um sistema de valores que os encoraja a desenvolverem um comportamento sexual responsável.

- **Factores psicológicos e contracepção** - A utilização de métodos contraceptivos não ocorre de modo eficaz na adolescência, pois a adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária. Assim, as relações sexuais são mantidas de forma eventual, não justificando, conforme acreditam, a utilização de contraceptivos de uma forma contínua. A falta de apoio e afecto da família, a baixa auto-estima, o baixo rendimento escolar, a grande permissividade familiar e a disponibilidade inadequada do seu tempo livre, podem induzi-la a procurar na maternidade precoce o meio para conseguir um afecto incondicional, uma família própria e a reafirmação do seu papel de mulher.

Moreira e Melo (2005) realçam que a mera ausência de um factor de risco não garante a ausência de risco e a presença conjunta de vários factores aumenta o risco de modo exponencial. Além disso, a gravidez que ocorre na adolescência, muitas vezes não é planeada nem desejada, compromete negativamente o envolvimento da adolescente com a gravidez e com os cuidados pré-natais (Figueiredo, Pacheco, Costa et al., 2006).

Face ao diagnóstico de gravidez, as reacções mais comuns das adolescentes são a surpresa, a perplexidade, o arrependimento e inclusivé ponderam a realização de um aborto, mas também podem reagir com contentamento. A reacção dos seus familiares e companheiros pode oscilar entre o apoio e a desaprovação (Amazarray, Machado, Oliveira et al., 1998).

Embora muitos autores refiram que as grávidas adolescentes podem desperdiçar oportunidades, decorrentes da emancipação feminina e das mudanças de expectativas em relação à escolaridade, à profissionalização e à sexualidade da mulher, estas considerações nem sempre se aplicam às adolescentes de nível social mais baixo, já que estas não dispõem de tantas oportunidades (Levandowski, Piccinini e Lopes, 2008).

Porém, a importância atribuída pela adolescente à gravidez depende do seu contexto familiar, social e cultural, daí que para muitas destas jovens a gravidez possa representar uma estratégia adaptativa dentro de um contexto de oportunidades limitadas (Carlos, Pires, Cabrita et al., 2007). Ao avaliar o impacto da gravidez no percurso desenvolvimental das adolescentes, em alguns grupos sociais, ser mãe precocemente pode fazer sentido por razões económicas e culturais (Arai, 2003).

Figueiredo, Pacheco, Costa et al. (2006) mencionam que a maior parte dos estudos disponíveis, conduzidos em Portugal e nos restantes países ocidentais, mostram que a gravidez ocorre sobretudo em adolescentes que vivem nas situações mais desfavorecidas do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural.

Para Prazeres (2002) a gravidez pode ser desejada por algumas adolescentes, como meio de aceder a um estatuto de adulto. A maternidade é em muitas culturas uma ou mesmo a única identidade socialmente valorizada para as mulheres, pelo que se compreende que na ausência de outros projectos de vida acessíveis, nomeadamente através da escola ou do trabalho, algumas adolescentes pretendam recorrer à maternidade como modo de sinalizar a transição para a maturidade.

1.3. Maternidade na Adolescência

A maternidade na adolescência é com frequência uma resposta às condições sociais adversas, nomeadamente, à inexistência de oportunidades ocupacionais e educacionais, constituindo uma das poucas alternativas para atingir um estatuto de adulto, obter um objectivo para a sua vida, ter alguém a quem amar ou aumentar o grau de compromisso com o parceiro (Unger, Molina e Teran, 2000).

Ainda que a maioria das adolescentes não deseje ou planeie a maternidade, a nível inconsciente, a criança pode corresponder a uma gratificação narcísica, que permita à adolescente preencher um vazio psicológico e relacional (Sá, 2004). Assim, para algumas adolescentes, os benefícios percebidos de ter um filho durante esta fase, ultrapassam as consequências negativas.

Além disso, Unger, Molina e Teran (2000) referem que as adolescentes que têm uma percepção mais positiva das consequências da maternidade, apresentam também maior probabilidade de ter relações sexuais não protegidas.

Em Portugal a maternidade apresenta-se como um marco essencial na identidade feminina, permitindo aceder a um estatuto de adulta e ser valorizada (Monteiro, 2005). Neste sentido, a maternidade, pela ética de responsabilidade moral que representa, fornece um critério cultural de definição e alcance da maturidade (Azêdo, 2010).

Azêdo (2010) refere que a maternidade na adolescência é considerada de alto risco devido às repercussões sobre a saúde da mãe e da criança, já que, este sofre a influência da imaturidade física e psíquica da mãe. Segundo Collaço, Magajewski e Ribeiro (2005) o risco pode ser biológico, familiar, emocional e económico, além do jurídico-social e atingem o indivíduo isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e da introdução dessas adolescentes na sociedade.

No que concerne aos riscos psicológicos, Sá (2004) refere que estes estão interligados com as repercussões que a maternidade desencadeia na vida das adolescentes. Quanto aos riscos biológicos, a OMS (2003) salienta que algumas complicações da maternidade são mais frequentes nas adolescentes do que nas mães adultas, embora as adolescentes que correm mais riscos são as que têm idade inferior a 15 anos. Santos (2006) associa este risco ao facto das adolescentes com idades mais baixas, ainda não possuírem o seu corpo completamente desenvolvido.

Embora, possam ocorrer problemas de saúde tanto para a mãe adolescente como para a criança, Levandowsk, Piccinini e Lopes (2008) demonstraram que quase todos os problemas de saúde podem ser resolvidos se a adolescente procurar os serviços de saúde e fizerem o acompanhamento pré-natal adequado. No entanto, geralmente, a assistência pré-natal não acontece ou é feita tardiamente, porque a adolescente demora a reconhecer a sua situação, algumas vezes esconde a gravidez e assim, adia a procura dos serviços de saúde até ao limite Reis (2007).

A adolescente ao ignorar, negar ou esconder a gravidez, pelo maior período de tempo que lhe é possível, coloca em risco a sua vida e a do seu filho (Lourenço, 1998; Amazarray, Machado, Oliveira et al., 1998).

O acompanhamento pré-natal inadequado está relacionado com o baixo nível sócio-cultural e com o desconhecimento, por parte da adolescente, das alterações da gravidez (Azêdo, 2010). Esta autora refere que os riscos de uma maternidade na adolescente são mais significativos a nível social e emocional do que a nível biológico, quer para a mãe quer para a criança. Letourneau, Stewart e Barnfather (2004) acrescentam que as consequências emocionais e sociais, ou seja, as aconsequências a nível psicossocial podem ser causados pela maternidade ou precedê-la.

No entanto, a qualidade da conduta interactiva parece estar mais condicionada pela rede de apoio e pelas circunstâncias de vida da mãe adolescente, do que por outro factor (Figueiredo, 2000).

Canavarro (2001) menciona que a maternidade interfere em diferentes aspectos do desenvolvimento da adolescente e da sua criança, tais como:

- **Ajustamento sócio-emocional** – O apoio prestado pela mãe da adolescente contribui positivamente para a adaptação da adolescente e do seu filho, a curto e a longo prazo. A curto prazo, constitui uma importante fonte de informação e aprendizagem (embora possa também gerar algum conflito), reduz o *stress* e a ansiedade vivenciada pela mãe adolescente. A longo prazo, facilita o prosseguimento da escolaridade, a realização profissional, a estabilidade conjugal e a qualidade dos cuidados parentais. O apoio prestado pela mãe também está associado à maior auto-estima e bem-estar geral da adolescente.
- **Percurso educativo e profissional** - As mães adolescentes que provêm de ambientes familiares estáveis, com apoio financeiro e emocional, apresentam uma taxa elevada de regresso à escola contrariamente às que são oriundas de famílias desmembradas ou se afastam das suas famílias de

origem. As baixas qualificações académicas, juntamente com a maior instabilidade conjugal e o maior número de filhos (cerca de 30% volta a engravidar após dois anos), contribuem para perpetuar a problemática, aumentando a probabilidade das mães adolescentes pertencerem a níveis socioeconómicos muito desfavorecidos.

- **Relações com a família e companheiro** - Apesar da mãe ser habitualmente o elemento mais desaprovador da gravidez, é também aquele que oferece apoio mais significativo. O suporte materno pode ter implicações positivas e negativas. Por um lado, as adolescentes que recebem um grande apoio da família nos cuidados à criança, ficando menos sobrecarregadas pelas exigências inerentes à maternidade. Por outro lado, quando a avó se impõe como a principal prestadora de cuidados, este apoio, pode interferir com o desempenho do seu papel de mãe, bem como afastar o pai da criança, conduzindo à perda do que poderia ser, uma importante fonte de apoio emocional e material.
- **Relação como os pares** - Varia em função do significado que os pares atribuem à gravidez na adolescência. Podendo originar reacções tão diversas como a camaradagem e apoio ou a rejeição e marginalização da adolescente.
- **Saúde física da mãe** - As complicações obstétricas não devem ser imputadas a factores relacionados com a idade (excepto se a idade da mãe for muito baixa e ainda não possuir o corpo desenvolvido), mas a factores ambientais (falta de cuidados pré-natais, défices nutricionais e higiénicos) relacionados com o nível socioeconómico de pertença.
- **Comportamento materno** - As representações e tarefas de desenvolvimento inerentes à maternidade, implicam de forma geral, a aceitação da criança como pessoa separada e a construção da identidade materna. A construção de uma relação de empatia com o

filho pode ser complicada pelo egocentrismo e narcisismo típicos da adolescência, assim como, as aptidões para a resolução de problemas e a capacidade de planeamento a longo prazo podem ser dificultadas pelas características cognitivas da adolescente. No entanto não podemos dizer que as mães adolescentes oferecem sempre inferiores condições de cuidados à criança do que as mães adultas. Existe uma considerável variabilidade nos padrões de interacção das mães adolescentes com os seus filhos e por vezes, são capazes de terem uma interacção mais adequada do que algumas mães adultas.

- **Desenvolvimento da criança** - As consequências negativas referem-se sobretudo ao nível de um menor desenvolvimento cognitivo da criança, resultante do facto desta ser alvo de um meio-ambiente familiar menos estimulante e de um nível de desenvolvimento social e emocional menos adequado. Já que a maternidade na adolescência insere-se muitas vezes em contextos desfavoráveis, baixo nível socioeconómico, baixo nível educativo e monoparentalidade.

No entanto, a variável classe social não pode dissociar-se da análise do impacto da maternidade na adolescência. Heiborn, Salen, Rohden et al. (2002) constataram que as adolescentes de nível socioeconómico médio, quando têm um filho, interrompem ou mesmo abandonam os seus percursos escolares, que até então decorriam de modo linear. Estas adolescentes não ingressam precocemente no mercado de trabalho, uma vez que contam com o apoio financeiro dos pais. Nas adolescentes de nível socioeconómico baixo, a trajectória escolar é atravessada por numerosas discontinuidades, independentemente de serem mães ou não.

Na opinião de Azêdo (2010), nestas adolescentes, a maternidade não se apresenta como um factor determinante nas suas trajectórias. Assim, torna-se necessário compreender a maternidade de uma forma contextualizada, sem uma pretensão hegemónica subjacente às normas da cultura dominante. Segundo esta autora as desvantagens psicossociais associadas à gravidez e maternidade na adolescência,

nomeadamente, o baixo nível sócio económico e educativo, a monoparentalidade e a falta de apoio social, podem comprometer a capacidade da adolescente enquanto mãe, com consequências negativas para o desenvolvimento da criança.

Figueiredo (2000) e Letourneau, Stewart e Barnfather (2004) referem que as mães adolescentes têm maior probabilidade de estarem deprimidas, de ter menor disponibilidade emocional, de iniciar menos interações verbais com os seus filhos, de mostrar menos afecto positivo, tendem a ser mais punitivas com as crianças, têm maior probabilidade de serem abusivas ou negligentes e possuem menor conhecimento sobre o desenvolvimento infantil.

Além disso, a sintomatologia depressiva materna pode também ser um indicador, de que a adolescente não está a ser capaz de lidar eficazmente com a maternidade e/ou que a mãe não tem ou não está a ser capaz de usar os recursos protectores presentes no seu meio ambiente (Carlos, Pires, Cabrita et al., 2007). Estes autores salientam que a depressão foi considerada um dos maiores problemas da maternidade na adolescência.

Conjuntamente com a sintomatologia depressiva, o stress emocional a que estas mães adolescentes estão sujeitas e o baixo nível de instrução diminui a sua tolerância às exigências da criança, torna-as menos aptas a interpretar as mensagens que lhes são enviadas pelas crianças e a verbalizar os seus sentimentos para com eles (Azêdo, 2010). Por outro lado, as características próprias da personalidade dos adolescentes, como o egocentrismo, o baixo sentido de responsabilidade, a menor autonomia e a maior difusão da identidade podem também induzir a um maior risco de uma nova gravidez ocasional (Carlos, Pires, Cabrita et al., 2007).

Torna-se importante referir o estudo de Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) que demonstra que embora algumas adolescentes considerassem que a maternidade teve um impacto negativo, um ano após o parto evidenciaram um aumento da sua auto-estima e sentimentos positivos em relação à criança, mesmo quando a gravidez não tinha sido planeada e tivessem enfrentado algumas dificuldades. Neste caso, a maioria das

adolescentes estava determinada a ser uma boa mãe, aproveitando os conselhos dos profissionais e das suas mães, no que se refere aos cuidados com a criança. Destacando-se o facto de muitas das adolescentes referirem sentimentos de orgulho e felicidade em relação à maternidade, apesar do arrependimento inicial.

Neste sentido, Carlos, Pires, Cabrita et al. (2007) consideram que não é válida a concepção de que falhar é inevitável. No entanto, a adaptação da mãe adolescente à maternidade é influenciada pelo modo como a própria mãe da adolescente se vai adaptar a essa mesma circunstância (Figueiredo, 2000). Outros factores que podem interferir na adaptação à maternidade na adolescência são o papel que a maternidade representa no grupo e/ou na sociedade em que está inserida, os significados que lhe são atribuídos, as experiências e a determinação da orientação comportamental da adolescente (Canavarro, 2001).

Canavarro (2001) menciona ainda os factores associados à adolescente (o decurso obstétrico da gravidez e do parto, a paridade, a idade, o tipo de relacionamento passado com a sua mãe, a existência ou não de história psiquiátrica, os antecedentes familiares, os comportamentos sócio-emocionais e os acontecimentos de vida); os factores associados à criança (o peso à nascença, à saúde física e o temperamento) e por ultimo os factores ligados ao meio (relacionamento conjugal, ao apoio por parte do meio relacional mais próximo e ao apoio institucional).

Nesta sequência, Figueiredo (2001) indica algumas variáveis que poderão ser consideradas como factores protectores do desenvolvimento adequado da criança:

- O facto de a mãe continuar a estudar, aumenta as suas oportunidades de emprego e possibilita um nível socioeconómico mais favorável;
- A presença de um número reduzido de filhos;
- O casamento, antes ou depois do nascimento do bebé, aumenta as oportunidades económicas e o suporte emocional e social da mãe.

Canavarro (2001) refere que o próprio conceito de adaptação à maternidade é vasto, remetendo para aspectos tão diversos como: a satisfação pessoal, o equilíbrio

emocional, o bom desempenho nos cuidados maternos, a estabilidade no funcionamento familiar e as recuperações positivas no estilo de vida da adolescente. Todas estas dimensões se interligam e a adaptação à maternidade acaba por traduzir a capacidade para superar as tarefas desenvolvimentais, a capacidade de cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal.

1.4. A Maternidade na Adolescência, Enfermagem e Transições

A adolescência, a maternidade e a passagem para o estatuto de pessoa adulta são eventos encarados como processos de transição, são momentos muito marcantes, que conjuntamente desencadeiam uma crise existencial na vida das adolescentes. Estes acontecimentos vitais, segundo Machado (2004) são marcados por períodos de euforia, deslumbramento e realização, como também de ansiedade, desequilíbrio, *stress* físico e emocional.

É importante referir que Meleis propôs a transição como um dos conceitos centrais da disciplina de enfermagem. Meleis (2007) designa a transição como uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, ou seja, uma mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, nas expectativas ou nas habilidades. Para que a transição ocorra é necessário que a pessoa incorpore um novo conhecimento, para alterar o comportamento e portanto, mudar a definição de si no contexto social (Meleis, 1997).

As transições podem ser classificadas em quatro tipos: a desenvolvimental, a situacional, a de saúde-doença e a organizacional (Meleis, 2007). A transição desenvolvimental compreende o processo de maturação desde o nascimento até à morte e está relacionada com os problemas de saúde (psicológicos e biofisiológicos) que surgem no decurso de cada etapa da vida. A transição situacional inclui eventos, esperados ou não, que desencadeiam alterações e ajudam o indivíduo a enfrentar e a adaptar-se a uma nova situação. Esta transição abrange a adição ou a perda de um membro da família por nascimento ou morte. A transição de saúde-doença inclui transições como mudanças súbitas de papel, que resultam da mudança de um estado de saúde para um de doença

aguda, de bem-estar para doença crónica. As transições organizacionais representam transições no ambiente, ou seja, as organizações também podem experienciar transições e, consequentemente, afectar a vida das pessoas que nelas trabalham e os seus clientes.

Apesar da diversidade de transições, são evidentes algumas características comuns. Estas podem ser consideradas propriedades universais das transições. Uma dessas propriedades universais, considera que as transições são processos que ocorrem no tempo. O processo de transição é influenciado por várias condições, tais como, os significados, as expectativas, os níveis de conhecimento e as habilidades, o ambiente, os níveis de planeamento e o bem-estar emocional e físico (Schumacher et al., 1994; cit *in*. Meleis, 2007).

Meleis e Im (2000; cit *in*. Meleis, 2007) referem que o significado atribuído ao evento precipitante da transição e ao processo de transição em si pode facilitar ou dificultar uma transição saudável. O significado pode ser definido como a apreciação subjectiva de uma transição antecipada ou experienciada e a avaliação do seu efeito na vida de cada pessoa (Davies, 2005).

As expectativas são também consideradas fenómenos subjectivos que influenciam colectivamente as experiências de transição. As pessoas que vivenciam fenómenos de transição podem ou não saber o que as espera e as suas expectativas podem ou não ser realistas. As expectativas são influenciadas pelas experiências anteriores, logo quando as pessoas sabem o que as espera, o stress associado à transição pode ser reduzido.

O nível de conhecimentos e as competências relevantes para uma transição constituem outra condição que influencia os resultados em termos de saúde. Os conhecimentos e as competências podem revelar-se insuficientes para enfrentar os desafios colocados pela situação. Por outro lado, as habilidades e competências utilizadas para lidar com situações e acontecimentos anteriores às transições podem ter que sofrer alterações Meleis (2007).

Os recursos do ambiente durante a transição são outra importante condição de transição. No processo de transição para o papel materno, o ambiente pode constituir um

recurso externo facilitador deste processo. Segundo Meleis (2007) durante as transições há mudanças familiares e perda de suporte social, o que provoca que este período seja considerado uma etapa de incertezas.

O planeamento realizado, antes e durante a transição, constitui também uma condição que influencia o sucesso da mesma. O planeamento permite que a transição decorra de forma suave e saudável. Mesmo quando a transição for precipitada por um acontecimento crítico ou não planeado, o planeamento deve ser realizado, para permitir uma óptima preparação.

Por último, as transições podem ser acompanhadas por emoções, tais como, ansiedade, insegurança, frustração, depressão, apreensão, ambivalência e solidão. Muitas destas emoções traduzem as dificuldades encontradas durante este processo. O bem-estar físico também é importante durante a transição. Quando a transição é acompanhada de desconforto físico, este pode interferir na compreensão de novas informações.

Meleis (2007) menciona ainda que existem três fases de adaptação à transição: (i) a inicial, em que a energia é direccionada no sentido de minimizar o impacto; (ii) uma fase neutra, caracterizada pela desintegração e o desequilíbrio e (iii) uma fase final, a de reorganização, em que a nova realidade é encarada e aceite. Cada uma destas fases exige diferentes estratégias de enfrentamento.

Moreira e Melo (2005) mencionam que qualquer experiência de transição acarreta sempre um certo grau de desconforto, uma vez que provoca uma descontinuidade com a experiência anterior e requer mudanças a nível pessoal e comportamental. A transição é, simultaneamente, um momento de risco para a adaptação e uma oportunidade de desenvolvimento. A adaptação à transição depende das características da transição, do indivíduo e do ambiente pré e pós transição.

Por outro lado, Zagonel (1999) refere que é fundamental a consciência da mudança para que a pessoa ultrapasse a transição de forma saudável e retome o seu equilíbrio. Este processo de tomada de consciência envolve as relações sociais, a cultura e a vivência do

indivíduo em todos os aspectos que permeiam as relações. A transição ocorre quando há mudança nos pressupostos a respeito de si mesmo e do mundo, provocando uma mudança no comportamento e relacionamento da pessoa. A transição não implica apenas mudança, é importante que a pessoa tenha a percepção da mudança, já que a adaptação à transição inclui a integração da transição na vida da pessoa.

Meleis (1997) salienta que cada transição requer uma definição ou redefinição dos papéis que o cliente desempenha. Contudo, os indivíduos podem vivenciar, simultaneamente, mais do que uma transição, sendo importante que tenha consciência que as transições estão a ocorrer e que se comprometa a ultrapassá-las, procurando informação, apoio e novas formas de viver e de estar, de forma a modificar situações anteriores e encontrar sentido nas novas circunstâncias (Meleis et al., 2000, cit *in*. Meleis, 2007).

Nesta perspectiva, a maternidade na adolescência é considerada um período de dupla transição, ou seja, a adolescente encontra-se a vivenciar uma transição desenvolvimental e, simultaneamente, uma transição situacional. Esta associação pode gerar um desequilíbrio na vida da adolescente, já que esta tem que enfrentar mudanças inesperadas, com vista à adaptação ao papel materno. Segundo Azevedo (2010b) para as adolescentes conseguirem enfrentar a transição imposta pela maternidade têm de mobilizar todos os seus recursos.

Para Machado (2004) o processo de transição exige do ser humano a utilização imediata de mecanismos ou recursos de suporte disponíveis ou não, para enfrentar e adaptar-se, visando a resolução bem-sucedida de desajustes, conflitos, desorganização ou desarmonia, adaptando-se assim, a um novo papel. No entanto, para se evoluir de um estado para outro é necessário o envolvimento e o suporte de todos os intervenientes, em especial da família por ter maior afinidade ou significado, assim como de pessoas próximas em quem se deposita confiança e com as quais se tem alianças afectivas.

Segundo Zagonel (1999) o cuidado ao indivíduo que experiênciava uma situação de transição, deve ter como base a compreensão dessa mesma situação a partir da perspectiva

do próprio indivíduo e, partindo desta abordagem, devem-se identificar as suas necessidades. Ainda segundo Zagonel a transição será melhor sucedida se conhecer o que desencadeou a mudança, os factores que anteciparam a mudança, a preparação para enfrentar essas mudanças e a possibilidade de ocorrerem múltiplas transições em simultâneo.

Por outro lado, Meleis (2007) menciona que é fundamental conhecer a forma como cada individuo responde às transições, o modo como o ambiente que o circunscreve afecta essas respostas, o significado que as pessoas atribuem ao processo de transição e as estratégias (física, cognitiva e emocional) que possuem para responder à transição com que se deparam (Azevedo, 2010a). Assim, para que estas transições sejam saudáveis é essencial que a mãe adolescente se consciencialize das mudanças que vão ocorrer, ou seja, que consiga reformular expectativas, incorporar novos conhecimentos, adquirir capacidades que lhe permitam alcançar a mestria ao nível da prestação dos cuidados à criança e, ao mesmo tempo, seja capaz de lidar com a condição de adulta (Zagonel, 1999).

Meleis et al. (2000; cit *in*. Meleis 2007) referem que os enfermeiros são, muitas vezes, os primeiros cuidadores dos utentes e das suas famílias que estão a vivenciar um processo de transição, por essa razão, devem estar atentos às mudanças e às exigências impostas pelas situações de transição e preparar os indivíduos, pelo desenvolvimento de competências, para lidarem com estas situações. Schumacher et al., 1999; cit *in*. Meleis, (2007) reforçam que a avaliação ao longo de todo o período da transição, permite a implementação de terapêuticas adequadas.

Cuidar da adolescente que vivencia o processo de transição para o papel materno, exige do enfermeiro sensibilidade para identificar as necessidades sentidas e os conhecimentos sobre a transição, auxiliando assim a adolescente no seu processo de desenvolvimento (Machado (2004). A missão da enfermagem, consiste em facilitar o processo de transição, ajudando as pessoas a alcançarem transições saudáveis ao longo do seu ciclo vital (Meleis, 2007).

Sabendo que os sentimentos de incerteza, o stress emocional, o conflito interpessoal e a preocupação, podem acompanhar a transição para o papel materno,

é necessário que os enfermeiros exerçam uma vigilância do processo e, consequentemente, promovam condições que facilitem o contacto frequente com as adolescentes. Na consulta de enfermagem, o profissional de saúde deve valorizar as habilidades e competências da adolescente e sensibilizá-la para prestar cuidados à criança efectiva e eficazmente (Machado (2004)). Esta autora propõe uma interacção positiva com a criança de forma a proporcionar o fortalecimento do vínculo afectivo entre a díade ou a tríade, considerando a presença ou não do companheiro.

Assistir os indivíduos e as comunidades a lidar com as transições que afectam a sua saúde emerge como um desafio para os profissionais de enfermagem, quer antes, durante e/ou depois da mudança (Meleis, 2007). Esta autora salienta que as respostas às transições dependem em grande parte dos enfermeiros e que estes podem fazer a diferença, ajudando as pessoas a realizar uma transição saudável.

Figueiredo (2001) recomenda a elaboração e implementação de programas dirigidos a grupos de mães adolescentes, para diminuir o impacto negativo da maternidade na adolescência. Estes programas devem identificar precocemente as mães em risco de ter uma maternidade desadaptada e minorar o impacto negativo que a maternidade tem no percurso educacional e ocupacional das adolescentes. De acordo com os objectivos, Figueiredo (2001) apresenta quatro tipos de programas de intervenção dirigidos a grupos de mães adolescentes:

- Grupos de promoção da saúde – Este programa tem como objectivo promover a saúde da mãe e da criança. A promoção da saúde envolve dimensões como o exercício, a alimentação, os hábitos nocivos e o planeamento familiar.
- Grupos de educação parental - Este tipo de programa visa desenvolver competências na área da prestação dos cuidados à criança, abordando temas, tais como, as atitudes e os sentimentos em relação à maternidade, os problemas e as dificuldades da criança, as potencialidades e as limitações comportamentais da criança e as mudanças associadas ao seu nascimento.

- Grupos de entreaajuda - Têm por objectivo prioritário garantir apoio emocional aos pais. Para além da vertente educacional, estes grupos de suporte procuram implementar a ajuda entre os pais. Geralmente, incluem visitas domiciliárias para reduzir o isolamento social e facilitar a utilização dos serviços de apoio.
- Grupos focalizados na relação pais / criança – Têm como objectivo beneficiar a relação da mãe adolescente com a criança, com o marido ou companheiro e com a restante família.

Figueiredo (2001) assinala também algumas vantagens resultantes da implementação dos programas: a nível económico, da promoção do estabelecimento de relações sociais, do desenvolvimento de empatia e de competências para lidar com as necessidades dos outros, e do estabelecimento de uma rede de suporte emocional e instrumental.

Meleis (2007) também defende que a abordagem em grupo ajuda as pessoas a lidar com os obstáculos, a adoptar determinados papéis e a aprender com os restantes elementos. Assim, a aprendizagem das tarefas realiza-se através da experimentação de comportamentos, sentimentos e estratégias necessárias para incorporar os novos papéis. As pessoas precisam comunicar com outras pessoas significativas para serem capazes de desenvolver novas funções.

Relativamente aos programas disponibilizados pela Direcção Geral de Saúde, existe uma Rede de Referência Materno Infantil criada em 2001, incluída na Divisão de Saúde Materno, Infantil e dos Adolescentes. Esta Rede pretende regular as relações de complementaridade e apoio técnico entre todas as instituições hospitalares e entre estas e os Centros de Saúde, de modo a garantir o acesso de todos os utentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, apoiado por um sistema integrado de informação interinstitucional. Trata-se de uma rede flexível para permitir adequar as instituições às necessidades da população. No entanto, esta rede não visa particularmente as mães adolescentes.

A nível internacional, destacamos um programa implementado em 1999 pelo governo Inglês. O programa tem subjacente uma abordagem holística que visa reduzir a maternidade na adolescência. Este programa inclui consultas destinadas aos pais adolescentes, assegurando a facilidade de acesso aos serviços. Envolve uma dimensão social, económica e cultural, tendo por base, o trabalho conjunto dos indivíduos e organizações com responsabilidades em diferentes áreas.

Blair (1999) refere que é importante que as actividades e as estratégias a desenvolver estejam de acordo com as necessidades dos jovens locais. O programa tem como características:

- O apoio e a colaboração com os pais adolescentes para que desenvolvam a sua auto-estima;
- Proporcionar ajuda para que os jovens tenham a possibilidade de construir o seu projecto de vida.

Este programa engloba também estratégias na prevenção da gravidez na adolescência, incluindo a informação consistente e coerente para que os adolescentes possam fazer escolhas informadas, atendendo à sua cultura, aos seus valores, às suas crenças religiosas e sexuais. Garantindo a confidencialidade na prestação de serviços de contracepção, informações e aconselhamento.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

A investigação científica é um processo que permite analisar os fenómenos de forma a obter respostas para as questões que merecem ser investigadas (Fortin, 2009). Ainda segundo esta autora, a metodologia é o conjunto de métodos e de técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica.

Silva e Tafner (2004) salientam que não existe um único método e que este não constitui uma receita infalível para o cientista obter a verdade dos factos. O método apenas pretende facilitar o planeamento, a investigação, a experimentação e a conclusão de um determinado trabalho científico. Segundo Luc et al. (1997; cit in. Bardin, 2004), a metodologia deve ser escolhida em função dos objectivos do estudo, dos resultados esperados e do tipo de análise que se deseja efectuar.

Com o presente capítulo, pretendemos descrever a metodologia utilizada neste estudo. Nesta perspectiva, abordaremos o tipo de estudo, o contexto e participantes, a técnica de recolha de dados, as considerações éticas e o tratamento e a análise dos dados.

1.1. Tipo de Estudo

Os estudos realizados na área da maternidade na adolescência, nomeadamente, os que têm como foco de atenção as transições para o papel materno utilizam diversas metodologias. No entanto, verifica-se um interesse crescente pelo estudo de aspectos de carácter subjectivo ou relacional, focando os processos, os seus elementos centrais e os significados que as mulheres atribuem à sua experiência (Borges, 2005).

Na perspectiva desta autora, a abordagem metodológica qualitativa é considerada a mais adequada, já que dispõe de estratégias que permitem aceder e compreender a realidade.

Segundo Streubert e Carpenter (2002) a investigação qualitativa tem-se expandido nos últimos anos, à medida que a investigação quantitativa se foi revelando incapaz de descrever plenamente os aspectos culturais, os valores e as relações humanas. Estes autores acrescentam que ao investigador qualitativo interessa-lhe estudar os seres humanos nos seus contextos, pois acreditam que estes influenciam os significados que as pessoas atribuem às suas experiências.

Face à natureza do fenómeno em estudo, o modo como as mães adolescentes vivenciam o processo de transição para o papel materno, optamos por uma investigação de natureza qualitativa, descritiva simples. Ao utilizar uma abordagem qualitativa o investigador está preocupado em compreender de uma forma absoluta e ampla o fenómeno em estudo. Observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los (Fortin, 2009). Os estudos descritivos permitem estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação (Carmo e Ferreira, 1998).

Bogdan e Biklen (1994) referem que o investigador, envolvido num estudo de natureza qualitativa, frequenta os locais onde se verificam os fenómenos em que está interessado e reflecte nos comportamentos das pessoas. O significado que as pessoas atribuem às suas vidas constitui o foco desta abordagem, ou seja, o investigador estabelece estratégias e procedimentos que lhe permitem ter em consideração as experiências do ponto de vista do informador. Assim, os dados são descritos de forma narrativa e incluem, entre outros, transcrições de entrevistas, notas de campo, fotografias e vídeos.

Hassen, VÍctora e Knauth (2000) afirmam que uma das características do método qualitativo é o facto das pesquisas serem desenvolvidas para fornecerem uma visão emergente do grupo estudado, isto é, uma visão que traduz o conhecimento próprio dos indivíduos que partilham uma determinada cultura.

Para Ribeiro (2010) a investigação qualitativa tem por objectivo estudar as pessoas nos seus contextos naturais, recolhendo dados que emergem naturalmente, o que permite desenvolver uma ideia profunda do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam e

experimentam os acontecimentos em estudo. Assim, as inferências qualitativas são indutivas, interpretativas, descritivas, compreensivas, contextuais, subjectivas, não são predizíveis nem causais e não são gerais nem replicáveis, portanto, não são neutras.

Segundo Bardin (2004) a análise qualitativa apresenta certas características particulares: é válida, sobretudo na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa e não em inferências gerais. No entanto, a análise qualitativa pode levantar problemas ao nível da pertinência dos índices retidos, visto que selecciona estes índices sem tratar exhaustivamente todo o conteúdo. Este facto permite que elementos importantes sejam desvalorizados ou que elementos não significativos sejam tidos em consideração.

1.2. Contexto e Participantes

Num estudo de natureza qualitativa não se privilegia uma amostragem aleatória e numerosa, mas sim criteriosa ou intencional, isto é, a selecção dos participantes está sujeita a determinados critérios que permitem ao investigador aprender o máximo sobre o fenómeno em estudo (Vale, 2000).

Segundo Duarte (2002), num estudo de natureza qualitativa, o número de participantes dificilmente pode ser determinado *à priori*. Depende da qualidade das informações obtidas em cada entrevista, da profundidade e do grau de recorrência e divergência das informações. Enquanto emergirem dados originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso é necessário continuar a inclusão de novos participantes.

Assim, seleccionamos como participantes do nosso estudo as mães adolescentes que foram admitidas no serviço de Obstetrícia / Ginecologia de um hospital de Penafiel, no período compreendido entre Janeiro e Dezembro de 2009, inclusive.

A opção pelas adolescentes que foram mães a aproximadamente dois anos teve subjacente a opinião de Mejewski (1986; cit *in*. Meleis 2007). Segundo esta, a transição para o papel materno estabelece-se até aos 18 meses após o nascimento da criança.

As participantes foram seleccionadas de acordo com os seguintes critérios:

- Terem idade compreendida entre os 10 e os 19 anos, na data do parto;
- Serem primíparas;
- Terem tido uma criança saudável;
- Residirem no concelho de Lousada e estarem inscritas num Centro de Saúde da região;
- Mostrarem disponibilidade em colaborar no estudo.

Este concelho de Lousada encontra-se inserido na região do Vale de Sousa, sendo um município industrializado, principalmente na indústria de confecções de vestuário, apesar de ainda manter um cariz agrícola, sobretudo no domínio dos vinhos verdes e lacticínios. A população é constituída, aproximadamente por 45 mil habitantes, que na sua maioria são jovens, distribuídos por 25 freguesias em cerca de 95km².

O Centro de Saúde onde decorreu o estudo está inserido no Agrupamento de Centros de Saúde Tâmega III – Vale do Sousa Norte. Possui quatro Extensões de Saúde associadas, sendo estas Meinedo, Caíde, Lustosa e a Unidade de Saúde do Torrão. Os recursos humanos são constituídos por um Director Executivo, uma Vogal, vinte e um Médicos, duas Assistentes Sociais, uma Nutricionista, uma Técnica de Saúde Ambiental, vinte e nove Enfermeiros e vinte e sete Assistentes operacionais.

Neste centro de saúde existem consultas específicas como a Diabetes, Hipertensão e o atendimento a adolescentes e a jovens. O hospital de referência é o Centro Hospitalar Tâmega e Sousa.

1.3. Técnica de Recolha de Dados

O instrumento de colheita de dados permite obter informações que possibilitam a continuidade do estudo. Os dados podem ser colhidos de diversas formas, cabendo ao investigador seleccionar o tipo de técnica que melhor se adequa aos objectivos e às questões de investigação do estudo (Fortin, 2003).

Geralmente, na investigação qualitativa, as entrevistas constituem um dos instrumentos privilegiados para a colheita de informação, pois permitem a obtenção de dados descritivos na linguagem do próprio sujeito. Streubert e Carpenter (2002) referem que a entrevista é uma forma particular de comunicação verbal, estabelecida entre o investigador e os participantes, cabendo a estes decidir que informações irão revelar ao investigador.

Duarte (2002) corrobora que os estudos de natureza qualitativa exigem a realização de entrevistas, quase sempre longas e semi-estruturadas. Fortin (2003) refere que a entrevista semi-estruturada é o método mais adequado quando se pretende conhecer as experiências e as percepções dos indivíduos. Assim, como técnica de recolha de dados optamos pela entrevista semi-estruturada.

O planeamento da entrevista é uma das fases mais importantes da pesquisa. Requer tempo e exige alguns cuidados, tais como: a entrevista deve ter em consideração os objectivos da pesquisa; o entrevistado deve ser escolhido em função da sua familiaridade com o tema em estudo; a disponibilidade do entrevistado para a realização da entrevista que deverá ser marcada com antecedência para que o investigador se assegure que será recebido; garantir ao entrevistado a confidencialidade dos seus dados e da sua identidade e, por fim, a preparação específica que consiste em organizar o guião ou formulário com as questões importantes (Lakatos e Marconi, 1999).

Fortin (2009) defende que o guião da entrevista fornece um inventário dos temas a abordar e que o investigador deve abordar estes temas de forma muito semelhante a uma conversa informal. Burns e Grove (1993) acrescentam que o entrevistador deve prever a ocorrência de situações difíceis durante a entrevista e encontrar os meios para as ultrapassar. O papel do entrevistador não se limita apenas a colocar questões e a controlar a qualidade das respostas, implica também o estabelecimento de uma relação interpessoal para influenciar o grau de motivação dos sujeitos (Robert, 1988).

Neste contexto, elaboramos um guião que servisse de referência para a entrevista semi-estruturada. Para a construção deste guião recorremos à teoria das transições de Meleis (2007) e à entrevista realizada por Abreu (2003). O guião da entrevista (Anexo I) é constituído por cinco blocos:

- Meio ambiente em que a adolescente esta inserida;
- Nível de planeamento da gravidez e expectativas face à gravidez e maternidade;
- Níveis de conhecimento e competências face à maternidade;
- Bem-estar emocional;
- Significado.

As entrevistas foram realizadas no Centro de Saúde de Lousada, durante os meses de Março e de Abril de 2010 (Anexo II), numa sala reservada para que as participantes pudessem expressar as suas vivências sem constrangimentos. Desta forma, promovemos o conforto e facilitamos a partilha de informação (Streubert e Carpenter, 2002), relativamente aos factos, aos sentimentos, aos comportamentos, às expectativas e às atitudes.

As entrevistas foram conduzidas sempre individualmente, com a presença da investigadora e da participante. A ausência das crianças foi opção das participantes, este facto permitiu um ambiente tranquilo e sem preocupações. As entrevistas foram gravadas em sistema áudio, e posteriormente transcritas na sua globalidade.

1.4. Considerações Éticas

A investigação efectuada com seres humanos coloca questões morais e éticas. Fortin (2009) refere que a ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Segundo Esta autora no decurso da aquisição do conhecimento, existe um limite que não deve ser ultrapassado. Este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

A investigação qualitativa coloca questões e desafios éticos cada vez mais complexos quando aplicada a seres humanos. Streubert e Carpenter (2002) referem que apesar dos esforços, nem sempre é fácil para o investigador controlar os dados que emergem da entrevista qualitativa, devendo este ser responsável pelas decisões éticas tomadas no desenrolar da investigação. Segundo os autores atrás citados, os investigadores devem obedecer aos seguintes princípios básicos quando desenvolvem uma investigação:

- **Princípio da não maleficência** - Este princípio refere que os participantes não devem ser prejudicados com a investigação, isto é, se no decurso do estudo o investigador se aperceber que a entrevista conduz à emergência de dados que podem acarretar sérias consequências, deve proteger o bem-estar dos participantes, terminando a entrevista ou fornecendo aconselhamento.
- **Princípio da autonomia** – Este princípio menciona que os investigadores devem obter consentimento informado e a participação dos entrevistados deve ser voluntária.
- **Princípios de beneficência e justiça** – Estes princípios pretendem garantir a confidencialidade, o anonimato dos dados e o tratamento dos participantes com respeito e dignidade.

Fortin (2009) refere que a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Nesta perspectiva, em todas as etapas do nosso estudo tivemos em atenção os princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos.

Assim, pedimos autorização para a realização do nosso estudo aos Conselhos de Administração de um Hospital de Penafiel e de um Centro de Saúde de Lousada. Após terem sido obtidas as respectivas autorizações para a realização do estudo, contactamos as participantes, apresentamos, de forma sumária, o estudo e combinamos o dia, o local e o horário da entrevista.

No dia da entrevista, com as participantes que voluntariamente aceitaram colaborar no estudo, explicamos, numa linguagem compreensível, a finalidade, dos

objectivos da investigação, a questão de partida, as opções metodológicas e a técnica de recolha de dados. Também explicamos que os benefícios não seriam imediatos e que não se previam danos. Garantimos-lhes a confidencialidade da informação e salientamos o direito de poder retirar-se em qualquer momento da investigação na qual tinha previamente aceite participar, sem o dever de justificar e sem serem penalizadas.

Lincoln e Guba (1991) mencionam que no âmbito da investigação qualitativa é impossível garantir o anonimato, devido à interação pessoal durante a entrevista, à pequena dimensão da amostra e pelas descrições pormenorizadas na apresentação de dados, poderá assim tornar-se difícil a manutenção da confidencialidade.

Mesmo após a concordância em colaborar no estudo, solicitamos a cada participante que lesse a carta de explicação do estudo e assinasse o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

Segundo Fortin (2009) um consentimento para ser legal, deve ser obtido de forma livre e esclarecida. Esta autora acrescenta que, para que o consentimento seja esclarecido, a lei estabelece o dever de informar.

1.5. Tratamento e Análise dos Dados

A fase de tratamento dos dados implica a estruturação de um conjunto de informações que vai permitir tirar conclusões e tomar decisões (Miles e Huberman, 1984). Segundo estes autores, a apresentação de dados é de extrema utilidade na elaboração do relatório final, uma vez que as narrações são compostas por informações dispersas, pouco estruturadas e difíceis de reter.

A organização dos dados corresponde a uma fase determinante da análise: permite ao investigador uma representação dos dados num espaço visual reduzido; ajuda a planear outras análises; facilita a comparação entre diferentes conjuntos de dados; garante a utilização directa dos dados no relatório final.

Na investigação qualitativa, análise dos dados, é um processo indutivo que está intimamente ligado à selecção dos participantes e à colheita de dados, isto é, a análise dos dados contribuirá para a tomada de decisão sobre o que ainda falta descobrir em relação ao fenómeno em estudo. Assim, a colheita dos dados termina quando o fenómeno é reconhecido pelo investigador, as categorias de análise estão estabilizadas e as informações suplementares não acrescentam mais nada de novo à compreensão do fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

Sendo a entrevista uma técnica que implica a recolha de grande quantidade de dados, estes dados têm que ser decodificados e organizados, para dar sentido à investigação e para permitir apresentar os resultados (Ribeiro, 2010). Neste sentido, os dados provenientes da entrevista semi-estruturada serão trabalhados com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin (2004). Para esta autora a análise de conteúdo é utilizada como um instrumento de diagnóstico, tendo como objectivo, filtrar as inferências específicas ou as interpretações causais sobre um dado aspecto do comportamento dos participantes. Para Bardin são três as fases da análise do conteúdo: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Estas fases organizam-se de acordo com três pólos cronológicos diferentes.

A pré-análise é a fase de organização e sistematização das ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. A pré-análise envolve a leitura flutuante, na qual deve existir um contacto exaustivo com os documentos a analisar; a constituição do Corpus, que envolve a organização do material de forma a responder aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; a formulação das hipóteses e dos objectivos ou de pressupostos iniciais flexíveis que permitam a emergência de hipóteses a partir de procedimentos exploratórios; a referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores a adoptar na análise e a preparação do material.

No nosso estudo, a fase de pré-análise foi de vital importância já que foi nesta fase que definimos o processo de análise. Como referimos anteriormente, esta fase é

constituída por quatro etapas: (i) leitura flutuante, nesta etapa realizamos leituras sucessivas das respostas e narrativas das participantes, tentamos identificar significados, expectativas e preocupações; (ii) constituição do *Corpus*, no nosso caso o *Corpus* da análise é constituído pela totalidade das entrevistas efectuadas; (iii) formulação das hipóteses e dos objectivos, partimos para a análise dos dados de maneira exploratória, deixando emergir destes dados os elementos temáticos e através da organização destes temas, por semelhança, surgiram as categorias temáticas e (iv) a referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores, estabeleceu-se, como unidade de registo o “tema”, este corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não de forma), onde o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas. Utilizamos como regra de enumeração, a frequência das verbalizações (palavra, uma frase simples ou frases compostas) emitidas na entrevista.

A exploração do material corresponde à fase em que os dados brutos são codificados para se obter o núcleo de compreensão do texto. A codificação inclui procedimentos de recorte, contagem, classificação, desconto ou enumeração de acordo com as regras anteriormente definidas. Relativamente à exploração do material, no presente estudo, as regras anteriormente formuladas para a análise dos dados foram: recorte, a unidade de registo definida foi o tema; a regra de enumeração estabelecida foi a da frequência de verbalizações; o agrupamento das temáticas (assuntos) por semelhança de conteúdo deram origem às categorias, a organização destas obedeceu aos critérios apresentados por Bardin (2004): exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objectividade, fidelidade e produtividade.

Para a análise qualitativa das narrativas utilizamos apenas as verbalizações explícitas sobre os temas abordados. Cada tema, com as suas verbalizações explícitas foi transcrito para uma folha e após inúmeras leituras foram identificadas as unidades de significado dos discursos. As unidades de significado emergiram de uma palavra-chave que poderia resumir o conteúdo de uma frase do discurso. Foram realizadas releituras cuidadosas, para localizar os significados que se repetiam.

Na fase de tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, os dados brutos são submetidos a operações estatísticas, de maneira a tornarem-se significativos e válidos e salientarem as informações obtidas. Face a estas informações, o investigador propõe as suas inferências e elabora a sua interpretação de acordo com o seu quadro teórico e os objectivos propostos.

Neste estudo, os resultados obtidos permitiram uma leitura qualitativa, mas o aspecto quantitativo veio enriquecer e contribuir para a discussão qualitativa dos dados.

2. AS CONDIÇÕES DE TRANSIÇÃO PARA O PAPEL MATERNO

A maternidade na adolescência é considerada um problema social e de saúde pública em muitos países ocidentais desenvolvidos e em desenvolvimento (Reis, 2007). Em Portugal, a taxa bruta de natalidade de nados-vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) situou-se em 9,4% dos nascimentos no ano de 2009 (INE, 2010).

Na apresentação e discussão dos resultados, procedemos à análise das narrativas das participantes, que do ponto de vista de Turato (2003, p.450), *"... é a partir de agora, que a criatividade do pesquisador deverá ganhar força por excelência, à medida que ele iniciará etapas da sua real contribuição pessoal, estando a pensar e a lidar com os dados organizados"*.

Neste capítulo, pretendemos dar resposta à questão que norteou a presente dissertação “Como vivenciam as mães adolescentes, o processo de transição para o papel materno?” Face à variabilidade de factores que interferem nesta experiência, consideramos pertinente utilizar uma teoria que nos permitisse identificar os factores pessoais e ambientais que influenciam o processo de transição. Neste enquadramento, a teoria de Meleis identifica estes factores pessoais e ambientais que afectam o processo de transição, designando-os por condições de transição. Estas incluem: o meio ambiente, o nível de planeamento, as expectativas, o nível de conhecimento e habilidades, o bem-estar físico e emocional e os significados da maternidade para as jovens mães.

2.1. Meio Ambiente em que a Participante está Inserida

Participaram neste estudo oito jovens, que foram mães adolescentes no ano de 2009 e residiam no concelho de Lousada. Este município está localizado em terras dos Vales do Sousa e Tâmega, no norte de Portugal. Lousada dista 35 km do Porto.

2.1.1. *Caracterização sócio-demográfica das participantes*

Dado que a idade tem sido considerada um dos factores de risco na maternidade na adolescência (Santos, 2006), constatamos (Quadro 1) que 37,5% das participantes foram mães quando tinham idades compreendidas entre os 16 e 17 anos e na altura da colheita de dados tinham entre 18 e 19 anos, ou seja, as entrevistas foram realizadas aproximadamente dois anos após o parto.

Relativamente aos companheiros, verificamos que são significativamente mais velhos, 37,5% destes apresentam idade igual ou superior a 24 anos no momento do nascimento da criança. Os resultados vão de encontro aos estudos realizados por Figueiredo, Pacheco, Costa et al. (2006) que constata a mesma situação.

No que diz respeito ao estado civil das participantes entrevistadas, a maioria (75%) eram casadas ou viviam em união de facto, à semelhança do que se verifica com os seus companheiros.

Quanto às habilitações literárias, verificamos que nenhuma das participantes possuíam a escolaridade mínima obrigatória (12º ano), 87,5% destas possuíam o 9º ano de escolaridade. Já em relação aos companheiros constatamos que 62,5% possui o 6º ano de escolaridade e apenas 12,5%, possuía a escolaridade mínima obrigatória. Sabroza, Souza e Gama (2004) justificam o abandono escolar como consequência da maternidade na adolescência, associado a sentimentos de vergonha, ao facto de não gostar da escola ou ao desejo do companheiro. A esta perspectiva Aquino, Heilborn, Knauth et al. (2003), acrescentam que as dificuldades económicas podem não ser apenas consequência da maternidade, mas resultado de uma situação de pobreza prévia à maternidade, servindo esta somente para perpetuar tal situação.

No que se refere à profissão, verificamos que mais de metade das participantes está ocupada (62,5%): 37,5% encontra-se a trabalhar, 12,5% a trabalhar e a estudar e 12,5% apenas a estudar. Em relação aos companheiros, a maioria (87,5%) encontra-se ocupada e destes apenas 12,5% frequenta a escola, sendo trabalhador / estudante.

Para caracterizar as profissões das participantes e dos seus companheiros, utilizamos a Classificação Nacional de Profissões. Constatamos que 25% das participantes exerciam uma profissão incluída no grupo 7 (operárias artífices e trabalhadores similares), igualmente com 25% exerciam a actividade no grupo 9 (trabalhadoras não qualificadas).

Enquanto os seus companheiros exerciam a sua profissão no grupo 7 (operárias artífices e trabalhadores similares), no grupo 8 (operários de instalações de máquinas e trabalhadores da montagem) e no grupo 9 (trabalhadores não qualificados) respectivamente: 37,5%, 25% e 25%. Estes resultados vão de encontro aos estudos realizados por Sabroza, Souza e Gama (2004); Pacheco, Figueiredo, Costa et al. (2003) e Figueiredo, Pacheco, Costa et al. (2006). Estes autores referem que as actividades profissionais ficam prejudicadas pelo baixo nível de escolaridade.

Heilborn, Salem, Rohden et al. (2002) apontam que a maternidade não apressa a entrada das jovens no mercado de trabalho, mas para a maioria destas, a dificuldade de conciliar os estudos com o trabalho, além das responsabilidades domésticas e maternas, complica ou impossibilita a continuação da carreira escolar.

Carlos, Pires e Cabrita et al. (2007) reforçam que a pertença a uma classe socioeconómica baixa impulsiona as famílias a concentrem os seus esforços na sobrevivência, descurando muitas vezes, as funções educativas e de apoio afectivo aos seus filhos. A este propósito gostaríamos de salientar a narrativa de uma das participantes, “...às vezes ponho-me a brincar com ele, mas é raro, porque às vezes ando à procura de trabalho e quando estou em casa coso sapatos, para ganhar algum dinheiro” (E5).

Quadro 1 - Dados sócio-demográficos das participantes e dos seus companheiros

		Participantes		Companheiro	
		N	%	N	%
Idade do puerpério	16 – 17	3	37,5	1	12,5
	18-19	5	62,5	2	25,0
	20-21	0	0,0	1	12,5
	22-23	0	0,0	1	12,5
	»24	0	0,0	3	37,5
Idade actual	18-19	3	37,5	1	12,5
	20-21	5	62,5	2	25,0
	22-23	0	0,0	1	12,5
	24-25	0	0,0	1	12,5
	»26	0	0,0	3	37,5
Estado Civil	Casada / União de facto	6	75,0	6	75,0
	Solteira	2	25,0	2	25,0
Habilitações literárias	6º Ano	1	12,5	5	62,5
	9º Ano	7	87,5	2	25,0
	12ºAno	0	0,0	1	12,5
Frequência da escola pós nascimento do filho	Sim	5	62,5	1	12,5
	Não	3	37,5	7	87,5
Profissão (CNP)	Grupo 7	2	25,0	3	37,5
	Grupo 8	0	0,0	2	25,0
	Grupo 9	2	25,0	2	25,0

Quando procuramos identificar com quem vivem as participantes do nosso estudo, verificamos que 12,5% das participantes vivem com a família de origem e com o companheiro; 25% vivem com a família de origem e sem o companheiro e 62,5% coabita apenas com o companheiro. No entanto gostaríamos de referir que todas as participantes habitam próximo da família de origem e/ou da família do companheiro.

O apoio familiar é considerado um factor facilitador da maternidade na adolescência, contribuindo para que as participantes se adaptem mais facilmente ao papel materno (Carlos, Pires, Cabrita et al., 2007).

2.1.2. Caracterização do grupo de pares

Relativamente à caracterização do grupo de pares (Quadro 2), verificamos que 62,5% das participantes têm amigos mais velhos, que estes possuem um nível de escolaridade superior às participantes e que 50% têm filhos. Neste contexto, o grupo de pares parece permitir aos jovens apoiar-se mutuamente e ultrapassar as suas inseguranças (Erikson, 1982).

Quadro 2 - Dados sócio-demográficos do grupo de pares

		N	%
Idade	Idade Igual	3	37,5
	Idade Superior	5	62,5
Habilitações literárias	Habilitações Iguais	2	25,0
	Habilitações Superiores	6	75,0
TOTAL		8	100

2.1.3. Recurso a Instituições de Saúde

No que concerne ao recurso a instituições de saúde, constatamos que 87,5% das participantes recorrem a instituições públicas (Centro de Saúde e/ou Hospital) e 12,5% recorre ao Centro de Saúde e simultaneamente, ao Pediatra, talvez pela necessidade de confirmação do estado de saúde do seu filho por outro profissional de saúde. A este propósito salientamos a narrativa de uma das participantes “...*também vou ao Pediatra, porque [...] o médico do Centro de Saúde não examinava como eu gostava que examinasse, fico mais descansada com o Pediatra*” (E8).

Ao questionarmos sobre quais os temas abordados na educação para a saúde, quando recorrem ao Centro de Saúde, verificamos que estes estavam relacionados com o planeamento familiar e sobre os cuidados com a criança. Cabrita (2004) defende que o processo de educação para a saúde se inicia nos cuidados diferenciados e prolonga-se nos cuidados primários, enfatizando o papel dos enfermeiros na orientação e na procura da satisfação das necessidades e expectativas dos utentes.

2.2. Nível de Planeamento e Expectativas Face à Gravidez e à Maternidade

O desejo de ser mãe impulsiona a adolescente a querer vivenciar essa experiência, permitindo que esta planeie a sua gravidez ou não tome precauções para que a mesma ocorra (Andrade, Ribeiro e Ohara, 2009). O não tomar precauções para evitar a gravidez, pode também significar uma certa imaturidade, irresponsabilidade típica da adolescência e do tipo de pensamento característico do adolescente (Carlos, Pires, Cabrita et al., 2007).

Ao analisar as respostas das participantes relativamente ao planeamento da sua gravidez, constatamos que quatro (E3, E4, E6 e E7) não planearam a gravidez e destas uma manifestou sentimentos de negação “...eu já desconfiava, mas tentava negar a mim própria” (E7) e outra admitiu ter sido influenciada pelo companheiro “...ele ficou todo contente porque já há muito tempo que gostava de ter um filho. Eu dizia que não, porque era muito nova” (E3).

As restantes participantes, planearam a gravidez (E1, E2, E5 e E8), umas porque sentiam desejo de engravidar “... quis ser mãe nova para que o meu filho quando for grande, tenha uma mãe jovem” (E5) e outras porque tinham uma vida estável “... quando engravidei, já tinha a minha vida organizada” (E2). Para estas ultimas o desejo de se tornarem mães apresenta-se como um projecto de vida, dentro de um contexto de oportunidades limitadas (Carlos, Pires, Cabrita et al., 2007). Estes resultados vão de encontro ao estudo realizado por Figueiredo, Pacheco, Costa et al. (2006) segundo o qual metade da sua amostra planeou a gravidez.

Outras das dimensões estudadas referem-se ao conhecimento que as participantes tinham sobre as mudanças inerentes à gravidez e à maternidade (Quadro 3).

Quadro 3 - Conhecimento sobre as mudanças inerentes à gravidez e à maternidade

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Conhecimento sobre as mudanças	Sim	Preocupação
		Responsabilidade
		Medo
	Não	

Quando questionamos se tinham conhecimento sobre as mudanças que a gravidez e a maternidade lhes iam exigir (Quadro 3), verificamos que apenas uma das participantes é que não pensou nas alterações (E5). Das que manifestaram conhecimento, este fez emergir o medo (E1 e E3), a preocupação (E4) e a responsabilidade (E2).

A este propósito, o medo das alterações encontra-se associado ao parto “...o meu problema era o parto, eu já estava habituada a cuidar de crianças” (E1) ou em relação às necessidades da criança “... eu dormia como uma pedra [...], o principal medo era de adormecer e não acordar, mas nunca aconteceu” (E3). No que se refere as preocupações, estas estavam mais relacionadas com as reacções da família face à notícia da gravidez “... eu não dormia a pensar nisso, como iria ser. Além de saber que estava bem financeiramente e que não ia faltar nada era pensar nos meus pais, na família, nos meus irmãos e na relação com o meu namorado. Uma criança deve nascer feliz para ser um adulto normal” (E4). Deparamo-nos ainda com sentimentos de responsabilidade em assumir o papel materno “... ter um filho é uma grande responsabilidade, não vamos ter um filho e pronto. Nós hoje temos de pensar duas vezes antes de engravidar” (E2).

Além disso, verificamos que grande parte das participantes (62,5%) manifestam desejo de ter um filho “... eu sempre quis e achava piada a um bebé. E sempre achei piada a ser mãe nova. Porque os filhos estão mais tempo com os pais” (E4).

Quando a adolescente se imagina como mãe e deseja ter um filho a adaptação é naturalmente mais fácil. Vilar e Gaspar (2000) reforçam que a adaptação à maternidade pode ser mais ou menos morosa, em função do desejo de ter um filho.

Outra questão colocada às participantes foi quais as suas preocupações antes e depois do nascimento do seu filho (Quadro 4)

Quadro 4 - Preocupações das participantes antes e depois do nascimento da criança

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Preocupações antes e depois do nascimento da criança	Antes do nascimento	Escola
		Emprego
	Depois do nascimento	Alimentação
		Saúde
	Sem preocupações	

Da análise do quadro 4, verificamos que emergiram três categorias: preocupações antes do nascimento do filho (E7 e E8); após o nascimento (E2, E3, E5 e E6) e sem preocupações (E1 e E4).

Quando aprofundamos quais eram as preocupações antes do nascimento da criança, foi-nos referido a vontade da participante em permanecer na escola “... as professoras perguntavam-me, então a barriguinha está a crescer? E eu respondia, espero que não, que eu quero ficar aqui até às férias da Páscoa” (E7) e a preocupação em relação ao desemprego “... as minhas preocupações eram o trabalho, eu estava desempregada” (E8).

Das participantes que referiram preocupação após o nascimento, duas (E3 e E2) abordaram a alimentação do seu filho “... é uma criança de baixo peso... não come nada e tem muita dificuldade” (E2) e outras duas (E5 e E6) apontaram para a saúde da criança “... tinha sempre dúvidas de saber o que fazer quando ele chorava ou quando estava doente” (E6).

Das inquiridas que não apresentaram preocupações, mencionaram que tinham conhecimento prévio dos cuidados com as crianças “... *estava habituada com os meus irmãos mais novos [...] a minha mãe confiava sempre em mim e eu sentia-me à vontade. Não me custa nada tomar conta de crianças*” (E4).

No que concerne às alterações na vida das participantes, associadas ao nascimento da criança, todas as inquiridas foram unânimes a responder que existiram alterações. Estas estavam relacionadas com o estado de saúde da criança “... *a minha filha teve de ser operada a uma força. Para uma mãe [...] foi um acto de desespero, não saber o que fazer*” (E2), com o tempo disponível “*prende um bocadinho a pessoa, mas já sabia disso, mas às vezes torna-se um pouco complicado. Às vezes chego a casa e digo, dorme por favor*” (E4). Duas das participantes (E6 e E8) realçaram que as alterações que ocorreram foram para melhor “... *altera sempre para melhor, é verdade. É bom cuidar de um bebé*” (E8).

De seguida abordamos as expectativas das participantes em relação ao futuro da criança (Quadro 5).

Quadro 5 - Expectativas da participante em relação ao seu filho

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Expectativas em relação ao seu filho	Espero o melhor dele	Estudar
		Advogado
		Bailarino / Cantor
		Maquinista
	Ele é que sabe	
	Nunca pensei	

Da análise do quadro 5 verificamos que emergiram três categorias: espero o melhor dele; ele é que sabe e nunca pensei. Em relação às participantes incluídas na primeira categoria, estas apresentam expectativas elevadas “... *espero que seja melhor do que eu um dia*” (E2); “... *que estude e tenha uma profissão, que não seja como a mãe*” (E7). No entanto, algumas das mães declararam que nunca reflectiram sobre o assunto “... *não sei*” (E8) e outras que a criança é que decidirá o seu futuro “... *ele é que sabe*” (E6).

2.3. Competências Face à Maternidade

Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) referem que as consequências da maternidade na adolescência seriam problemas de saúde tanto para a mãe como para a criança. No entanto, quando a adolescente consegue ser bem acompanhada durante a gravidez, fica evidente a diminuição dos riscos (Viçosa, 1993). Nesta perspectiva, Melo (2001) sugere que a negação da gravidez, o desconhecimento, a falta de orientação e/ou o medo de serem pressionadas a abortar, poderiam funcionar como factores responsáveis pelo recurso tardio aos serviços de saúde.

Por outro lado, Costa, Santos, Sobrinho et al. (2002) referem que a ocorrência de problemas de saúde da mãe e da criança podem ser mais uma consequência da pobreza (associado a ambientes propícios a doenças) e da falta de cuidados pré-natais (relacionados com a alimentação da adolescente e como os seus cuidados de saúde) do que da idade da mãe. Outros autores como Barker e Castro (2002) apontam que quanto menor a idade da adolescente, maior é o risco de complicações físicas, especialmente até aos 15 anos, porque o organismo ainda se encontra em desenvolvimento.

Neste sentido, foram questionadas as participantes, quando é que recorreram ao médico, após ter conhecimento da sua gravidez. Constatámos que a maioria (87,5%), procurou o médico de família ou o Ginecologista no primeiro trimestre e apenas uma (E4) das inquiridas é que iniciou as consultas pré-natais após o primeiro trimestre, permitindo, uma detecção precoce de problemas de saúde para a mãe e para o filho.

Assim, tivemos interesse em conhecer o cumprimento das consultas de saúde infantil. E verificamos que a globalidade das participantes referiu que cumpriam o esquema das consultas de saúde infantil no Centro de Saúde (E1, E2, E3, E5, E6 e E7) ou no Hospital (E4). No entanto uma das inquiridas referiu que realizava as consultas no Centro de Saúde e simultaneamente no Pediatra (E8).

Outra das dimensões estudadas foi o interesse do companheiro pelo acompanhamento às consultas de saúde infantil (Quadro 6).

Quadro 6 - Interesse do companheiro pelo acompanhamento às consultas de saúde infantil

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Interesse do companheiro pelo acompanhamento às consultas infantis	Interesse	Acompanhou nas primeiras consultas
		Nunca pôde acompanhar
	Sem interesse	Acompanhou nas primeiras consultas
		Nunca acompanhou

Relativamente ao interesse do companheiro pelo acompanhamento às consultas (Quadro 6), seis das participantes referiram que os seus companheiros manifestaram interesse nesse acompanhamento e duas inquiridas (E4 e E7) declararam que os seus companheiros não demonstravam interesse. Destes últimos, encontramos um que nas primeiras consultas de saúde infantil acompanhou o seu filho “... *no início ele ia comigo [...] e preocupava-se, passava aqui todos os dias, agora não quer saber*” (E7).

Dos companheiros que se mostravam interessados, apenas dois (E5 e E8) é que acompanharam a participante e o seu filho nas primeiras consultas “... *o meu marido antes vinha, quando estava desempregado [...] ele vinha sempre comigo. Agora não*” (E5), ou seja, do grupo dos interessados quatro nunca acompanharam os filhos na consulta de saúde infantil.

Em seguida abordamos a preparação da participante para o papel materno (Quadro 7).

Quadro 7- Preparação da participante para o papel materno

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Preparação para o papel materno	Sim	A observar as outras mães
		Enxoval do seu filho
	Não	Mãe / Avó tomavam conta de crianças

Ao analisar a preparação para o papel materno (Quadro 7), encontramos seis (E1, E2, E5, E6 e E7) participantes que referiram terem-se preparado para a maternidade, considerando a preparação para a maternidade, apenas os cuidados com o enxoval da criança “... desde o início que comprava roupa que desse para os dois porque eu não queria saber se era rapaz ou rapariga” (E4).

Contudo, uma das inquiridas relatou que a sua preparação para o papel materno deu-se no decurso do internamento hospitalar, na fase do puerpério, referindo ter aprendido com as outras mães a cuidar do seu filho “... fiquei a observar a ver como as pessoas faziam lá na enfermaria e fazia o mesmo” (E7).

Podemos ainda encontrar duas (E3 e E8) participantes que mencionaram não terem necessitado de se preparar para a maternidade, porque já tinham conhecimento sobre os cuidados com uma criança “... a minha mãe sempre tomou conta de crianças” (E8).

Segundo Melo (2001) durante o período da gravidez, algumas adolescentes, manifestaram ansiedade em relação à troca do papel de filha para o papel de mãe. Piccinini, Rapoport, Levandowski et al. (2002) referem também o medo em relação aos cuidados com a criança. No entanto Melo (2001), refere que a insegurança em relação ao papel materno é mais imaginária do que real, apontando que muitas jovens já tiveram experiência em cuidar de crianças, e conseguem sair-se bem nesta tarefa. Embora, estas expectativas negativas podem ainda permanecer, durante a vivência da maternidade (Levandowski, Piccinini e Lopes, 2008).

Seguidamente iremos abordar outra das dimensões, as dificuldades das participantes na prestação dos cuidados à criança (Quadro 8).

Quadro 8 - Dificuldades das participantes na prestação dos cuidados à criança

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Dificuldade na prestação dos cuidados à criança	Sem dificuldades	Ajuda da mãe
		Conhecimento prévio
	Com dificuldades	Saúde
		Alimentação

Relativamente às dificuldades na prestação dos cuidados à criança (Quadro 8), da análise das respostas emergiram duas categorias, sem dificuldades e com dificuldades. As seis participantes (E1, E2, E4, E5, E6 e E8) que referiram não possuírem dificuldades no cuidar do seu filho, atribuíram a esse facto à ajuda da mãe e aos conhecimentos prévios em relação aos cuidados com as crianças.

Embora duas das participantes (E2 e E7), mesmo com apoio materno, expressassem dificuldades nos cuidados relacionados com a saúde e/ou com a alimentação da criança “... desde que foi operada ficou melhor mas é muito complicado, porque ela não consegue comer um prato de sopa. A minha mãe é que está a olhar por ela, porque ela não pode ir para o infantário assim” (E2).

Neste caso, a família e principalmente a mãe foi considerada pelas participantes como uma fonte de apoio muito importante “... foi bom ter ajuda da minha mãe, isso sem dúvida” (E6). Situação semelhante foi constatada na pesquisa realizada por Lima, Feliciano, Carvalho et al. (2004), em que mencionam que as mães das adolescentes apesar de inicialmente terem demonstrado sentimentos de desgosto, rejeição ou tristeza, acabaram por aceitar a gravidez das filhas e ajudar nos cuidados com os seus netos.

2.4. Bem-Estar Físico e Emocional

Quadro 9 – Reacções face às alterações da imagem corporal devido à gravidez e à maternidade

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Reacções face à imagem corporal	Preocupação	Aparecimento de estrias
		Diminuição das mamas
	Ausência de preocupação	Aparecimento de estrias
		Sem alterações do corpo

Ao questionarmos sobre as mudanças corporais desencadeadas pela gravidez e maternidade (Quadro 9), a maioria das participantes (E1, E4, E5, E7 e E8) expressaram sentimentos de preocupação, relacionados como a diminuição do tamanho das mamas “... *fiquei com menos peito e isso incomoda-me, até pedi alguma coisa ao médico para aumentar o peito*” (E7) e com o aparecimento de estrias “... *foi horrível eu fiquei cheia de estrias*” (E8). Contudo, uma das inquiridas embora tenha identificado algumas alterações no seu corpo, não demonstrou preocupação “... *fiquei com algumas estrias mas não me preocupo*” (E6).

Quando analisamos o estado de ânimo das participantes, relacionado com a mudança do estatuto de adolescente para o de mulher e mãe, todas as participantes apresentaram sentimentos de felicidade “... *a melhor coisa que me podia ter acontecido foi ter sido mãe*” e de satisfação “... *é uma sensação muito boa*” (E4); “... *sinto-me muito bem em ser mãe*” (E8) mesmo não sendo uma gravidez planeada e/ou tivessem vivenciado algumas dificuldades. Segundo Santos e Schor (2003) muitas jovens referem sentimentos de orgulho e felicidade em relação à maternidade, apesar do arrependimento inicial da gravidez.

2.5. Significado da Maternidade

Quanto às reacções das adolescentes face ao diagnóstico de gravidez Godinho, Schelp, Parada et al. (2000) dividem-nas em três padrões distintos: (i) positivas, a reacção à notícia é de alegria; (ii) negativas, a adolescente reage com nervosismo, medo, rejeição e preocupação e (iii) antagónicos, ou seja, a adolescente manifesta reacções positivas e negativas. Menezes e Domingues (2004) acrescentam que os sentimentos positivos perante a gravidez estão relacionados com o planeamento desta.

Assim, procuramos conhecer as reacções das nossas participantes, quando tiveram conhecimento da sua gravidez (Quadro 10).

Quadro 10 - Reacção da adolescente face à gravidez

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Reacção da adolescente face à gravidez	Preocupação	Com a família
		Com o companheiro
	Satisfação	
	Negação	

Quando questionamos as participantes (Quadro 10), verificamos que as reacções foram divergentes, tal como refere a literatura. Três das participantes (E3, E4 e E6) manifestaram sentimentos de preocupação com a família e com o companheiro “... *foi um momento bastante difícil. Fiquei mais preocupada com os meus pais do que com a gravidez. A minha médica de família quis ser ela a contar à minha mãe, porque é muito amiga da família. A minha mãe reagiu melhor do que eu pensava*” (E4). Outra referiu sentimentos de negação face à gravidez “... *eu já desconfiava desde o início, mas tentava negar a mim própria.*” (E7).

As restantes participantes (E1, E2, E5 e E8) manifestaram satisfação com essa notícia “... *quando descobri fiquei muito feliz porque já estava a tentar engravidar há três meses. E fui logo à farmácia, fiz o teste e deu positivo, foi logo uma alegria. Claro que fiquei muito feliz*” (E8). Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Figueiredo, Pacheco, Costa et al. (2006) segundo os quais, aproximadamente metade das participantes, evidenciaram boa ou muito boa aceitação inicial da gravidez.

Outra das questões colocadas foi qual a reacção da participante quando viu pela primeira vez o filho, desta dimensão emergiram três categorias, a alegria, a preocupação e a ansiedade (Quadro 11).

Quadro 11 - Reacção da adolescente quando viu o filho pela primeira vez

Dimensão	Categoria
Reacção após o parto	Alegria
	Preocupação
	Ansiedade

Verificamos que a maioria das entrevistadas (E4, E8, E2, E1, E6 e E5) narraram sentimentos de alegria “... a sensação de a ter à minha beira não há explicação” (E2); “... depois de ele nascer, meu Deus não há explicação, foi espectacular [...] foi a alegria do lar” (E8).

Já os sentimentos de preocupação estavam relacionados com a saúde da criança “... era muito pequenino [...] nasceu prematuro de 35 semanas mais 5 dias e foi logo para neonatologia. Eu só o vi no outro dia” (E3) e a ansiedade talvez esteja relacionado com a emergência de conhecer o seu filho “... estava muito ansiosa por o ver, ouvia as mulheres a berrar e eu ficava cheia de medo. Foi bom quando o vi pela primeira vez, fiquei mais calma” (E7).

Quando perguntamos a reacção dos companheiros das participantes no momento do nascimento do seu filho, emergiu apenas uma categoria, ou seja, sentimentos de felicidade “... o André é parecido com o pai e quando ele o viu ficou todo contente” (E4); “... o meu marido quando o viu nunca mais me ligou [...] pegou logo nele [...] ficou todo contente, nem queria ir embora” (E5); “... quando o pai o viu, disse que era o bebé mais bonito que estava ali” (E7).

No que se refere as reacções das participantes à experiência da maternidade, outra das dimensões do estudo (Quadro12).

Quadro 12 – Reações das participantes à experiência da maternidade

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Reações das participantes à experiência da maternidade	Satisfação	É bom ser mãe
		Viver em função do filho
		Gostava de voltar a ser mãe

Ao questionamos as participantes, em relação às reações face à experiência de ser mãe, verificamos que 100% destas manifestaram sentimento de satisfação. Salientando que a experiência de ser mãe foi gratificante “... a experiência de ser mãe é espectacular. Sei lá, tanta coisa boa, só de sentirmos a palavra mãe numa criança [...] a primeira vez que a minha filha me chamou mãe fiquei toda arrepiada. A palavra mãe é muito bonita” (E2), que a vida das participantes organiza-se em função do filho “... é muito bom, saber que tenho de fazer a minha vida em função dele, tenho de trabalhar de guardar o dinheiro não posso estourar, porque preciso mais tarde de pagar-lhe os estudos. A minha vida tem de ser em função dele” (E4) e desvendam o desejo de voltar a ser mães “... estou muito satisfeita por ser mãe se eu pudesse tinha uma menina” (E8).

Neste estudo consideramos indispensável conhecer a importância que as participantes atribuem ao seu filho (Quadro 13).

Quadro 13 - A importância de ter um filho para a participante

Dimensão	Categoria
Importância de ter um filho	Muito Importante
	Responsabilidade

Ao analisarmos a importância de ter um filho; 87,5% das participantes referem que

o seu filho é muito importante nas suas vidas “... *é muito importante o meu filho, porque está ali parte de mim*” (E7).

Uma das inquiridas salienta ainda a necessidade de ser responsável “... *ter um filho há que ter muita responsabilidade, gasta-se muito dinheiro, há que ter de ganhar para poder dar-lhe o que ele precisa [...] tem que se pensar muito bem antes de ter um filho*” (E2).

2.6. Cuidar a Jovem a Vivenciar o Processo de Transição para o Papel Materno

Como já referimos anteriormente, a adolescência é considerada um período de grandes conflitos e descobertas em termos de relações sociais, de educação e de comportamento (Zagonel, 1999). Quando ocorre a maternidade, a adolescente é confrontada com novas tarefas familiares, educacionais e laborais, além daquelas próprias da adolescência (Levandowski, Piccinini e Lopes, 2008). Estes autores acrescentam que as adolescentes vivenciam um processo de dupla transição, em simultâneo.

Para Silva (2007), as transições são despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel, no âmbito das relações, das expectativas ou das capacidades. Os significados atribuídos às mudanças inerentes à transição podem facilitar ou inibir os indicadores de transição saudável (Meleis *et al.*, 2000; cit *in*. Meleis, 2007). Assim, podemos encontrar como indicadores de transições saudáveis, o bem-estar das participantes, o domínio dos papéis e o bem-estar das relações (Meleis, 2007).

Ao analisarmos as condições de transição, pretendemos compreender estas se comportam como facilitadoras ou inibidoras do processo de transição para o papel materno (Machado, 2004). Esta autora acrescenta que as participantes, em cada fase e contexto em que estão envolvidas, necessitam utilizar recursos internos e externos para alcançar o desfecho com sucesso.

Nesta perspectiva, o meio ambiente das participantes é apontado como uma condição inibidora da transição para o papel materno, pelo facto de encontrarmos factores

menos favoráveis, tais como: o baixo nível de escolaridade; o baixo nível de qualificação profissional; a dificuldade em conciliar os estudos com as tarefas inerentes à maternidade e os obstáculos que encontram na procura de emprego “...*está muito difícil para arranjar trabalho. Eu não sei trabalhar em máquinas de costura, só sei trabalhar de pé, a cortar pontos*” (E1).

Pelo contrário, os resultados deste estudo revelam que o apoio e a aceitação por parte da família de origem da adolescente e do companheiro converteram-se em condições facilitadoras na transição para o papel materno, talvez pelo facto de transmitirem segurança, apoio, compreensão e ajuda, neste sentido uma das participante refere “...*não tive mais dificuldades, mas a minha mãe sempre me ajudou*”(E1). Segundo Figueiredo, Nascimento e Francisco (2003) a maternidade confere uma dinâmica de família alargada, reformulando as relações que se estabelecem com a família de origem e os elementos da díade parental.

Quanto ao planeamento da gravidez e às expectativas, outras duas condições de transição, verifica-se que 50% das participantes planearam a gravidez “... *a gravidez foi planeada, ainda não estava casada, mas quis ser mãe nova para que o meu filho quando fosse grande tenha um mãe jovem*” (E5) e quando não foi planeada (50%) foi bem aceite “... *quando descobri que estava grávida [...] eu e o meu marido ficamos em choque, mas depois passou*” (E6).

No que se refere ao conhecimento e às competências para o papel materno, estas estabeleceram-se como condição facilitadora do processo de transição para 75% das participantes. As jovens não referiram dificuldade em cuidar do seu filho, pois obtinham apoio e aconselhamento por parte das mães e tinham desenvolvido habilidades nos cuidados com as crianças através de experiências anteriores “... *nunca tive dificuldades. Estava habituada com os meus irmãos mais novos, praticamente fui eu que os criei*” (E4).

Das participantes que tiveram dificuldade nos cuidados à criança (E2 e E7), referiram também, ter apoio da mãe. A preparação da adolescente para a maternidade, o conhecimento acerca do desenvolvimento da criança e das práticas parentais adequadas,

bem como as suas atitudes face ao papel materno são dimensões significativas para a adaptação à maternidade e interferem positivamente na trajetória desenvolvimental da criança (Figueiredo, 2000).

Quanto ao estado de ânimo das participantes, deparamo-nos com sentimentos de orgulho e felicidade perante o papel materno “... *estou satisfeítíssima com o meu filho*” (E7). Meleis (2007) menciona que o bem-estar da jovem e das suas relações é um dos indicadores de transição saudáveis.

Finalmente os significados atribuídos ao processo de transição para o papel materno foram interpretados através dos sentimentos narrados pelas participantes. Assim, 75% das participantes manifestaram sentimentos de alegria quando viram pela primeira vez o seu filho “... *qualquer coisa de espectacular*” (E4) e 100% narraram sentimentos de satisfação com o papel materno “... *sou uma mulher que me rio todos os dias*” (E 2). No que se refere aos sentimentos, as participantes expressaram que o processo de transição foi vivenciado de uma forma saudável.

Assim, nesta pesquisa inquirimos as participantes sobre as três etapas que definem o processo de transição para o papel materno. A primeira etapa estava relacionada com a consciencialização da gravidez, a segunda com o momento do nascimento da criança e a terceira com a vivência do papel materno. Durante esta fase o domínio do papel materno vai ser facilitado pelo conhecimento prévio, pelo apoio familiar e pela cultura dominante (Shaul, 1995; cit *in*. Meleis, 2007).

Ajudar as adolescentes a lidar com o processo de transição para o papel materno, faz parte da missão de enfermagem e exige destes profissionais uma dedicação a longo prazo. Este empenho é fulcral para proporcionar uma transição saudável nos domínios dos comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados aos novos papéis e identidades (Meleis, 2007).

Assim, a natureza dos padrões de vida que emergem das mudanças, dos ambientes que suportam ou restringem as transições saudáveis, bem como a terapêutica de enfermagem podem ser utilizados para evitar insalubridades nas transições, aumentando as transições saudáveis ou promovendo o bem-estar durante estas (Meleis, 1993).

Para facilitar o processo de transição para o papel materno é necessário que o enfermeiro compreenda as mudanças inerentes à transição no contexto de cada adolescente, incluindo o significado que é atribuído à maternidade na sua cultura. É ainda necessário ajudar a adolescente a adequar as suas expectativas e a incorporar as mudanças no seu quotidiano. Desta forma, o enfermeiro contribui para que a adolescente desenvolva habilidades e competências, que lhe permitem continuar o seu percurso de vida.

Neste contexto, Machado (2004) recomenda que os profissionais de enfermagem antecipem a transição para a maternidade para o período pré-natal, pois esta antecipação permite a preparação para a mudança de papéis e a prevenção dos seus efeitos negativos na fase inicial da gravidez. Recomenda ainda que a primeira consulta pós parto da mãe adolescente e do seu filho seja realizada o mais precocemente possível. Nesta consulta, além de uma avaliação geral deve ser avaliada a maturidade da jovem e oferecido apoio e segurança, valorizando as competências maternas da adolescente e enfatizando a importância do aleitamento materno exclusivo, do planeamento familiar e da interação entre a mãe e a criança.

CONCLUSÃO

A maternidade na adolescência emerge como um problema biológico, psicológico e social, já que ocorre numa fase de desenvolvimento que tem como objectivo a preparação para a vida adulta (Simões, 2004). Vivenciar a maternidade nesta etapa do ciclo vital constitui uma experiência desafiadora para a adolescente, o companheiro, a família e para os profissionais de saúde. Neste processo de desenvolvimento, a adolescente experiencia uma transição desenvolvimental, no entanto, com a ocorrência da gravidez e, consequentemente, da maternidade vivencia, simultaneamente, uma transição situacional.

A transição desenvolvimental compreende os períodos da vida considerados críticos e envolvem todo o ciclo vital, nomeadamente, a adolescência. A transição situacional envolve a ocorrência de acontecimentos inesperados ou não, no decurso da vida da pessoa, incluindo a gravidez e o nascimento, entre outras. Segundo Meleis (2007) as transições envolvem mudanças que são acompanhadas por momentos de stress, vulnerabilidade e experimentação. Meleis salienta que a enfermagem lida com pessoas que se encontram a experienciar um processo de transição, a antecipá-lo ou mesmo a completá-lo.

É da responsabilidade do enfermeiro preparar e informar os clientes, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição. Deste modo, a nível profissional, era importante para nós conhecermos como vivenciam as mães adolescentes o processo de transição para o papel materno, no concelho de Lousada. Os objectivos deste trabalho foram: compreender o significado atribuído ao processo de transição para o papel materno; descrever as expectativas em relação ao papel materno; identificar os conhecimentos e as habilidades perante o papel materno e conhecer o contexto social e familiar das participantes.

Optamos por realizar um estudo de natureza qualitativa e recorremos à entrevista semi-estruturada como técnica de análise de dados. A análise de dados obtidos foi realizada com recurso à análise de conteúdo de Bardin. As participantes neste trabalho foram oito jovens que tiveram o seu primeiro filho enquanto adolescentes, com idades compreendidas em os 17 e os 19 anos, num hospital de Penafiel e que estavam inscritas num centro de saúde do concelho de Lousada.

Dos resultados, destacamos o planeamento da gravidez, as competências e as dificuldades face à maternidade e os sentimentos experienciados pelas adolescentes no desempenho do seu papel materno.

No que se refere ao planeamento da gravidez, 50% das participantes planearam a sua gravidez. Segundo a literatura os factores que podem ter interferido neste planeamento foram a baixa escolaridade, a ausência de projectos de vida e em algumas participantes o desejo de engravidar. Das que não planearam a gravidez, uma manifestou sentimentos de negação (E7) e outra referiu ter sido influenciada pelo companheiro (E3).

Quanto à preparação das participantes para as tarefas impostas pela maternidade, verificamos que 62,5% das participantes já possuíam conhecimentos prévios, sendo por nós considerado um dos aspectos relevantes na compreensão do baixo nível de dificuldades na prestação de cuidados à criança. Além disto, a maioria das participantes (87,5%) revelou que o apoio familiar, principalmente a ajuda da mãe, foi fundamental para a adaptação ao papel materno. Figueiredo (2000) refere que o suporte social tem mostrado ser um factor protector, podendo reduzir os efeitos adversos da maternidade na adolescência e no desenvolvimento quer da mãe quer da criança.

Relativamente aos sentimentos das participantes face ao seu papel de mãe, salientamos que, embora tenhamos encontrado diferentes vivências do papel materno, a totalidade das participantes referiram que a maternidade se tornou numa experiência de vida plena de significados positivos.

Outros resultados importantes, referem-se à situação afectiva e psicológica das participantes, esta parece ter sido beneficiada pela maternidade. As jovens assumiram um projecto de formação de uma família, com a aquisição de um novo estatuto familiar e social, situação que ocorreu em substituição da construção de uma carreira escolar e profissional. Simões (2004) refere que em meios sociais desfavorecidos a família assume um plano central na vida da jovem e a maternidade vai conferir-lhe um estatuto social de mulher adulta, permitindo-lhe um reforço da sua identidade.

Face ao contexto social e cultural em que as participantes estão inseridas, não admira a ocorrência da gravidez e da maternidade e o significado atribuído a esta. Este estudo permitiu-nos constatar que 75% das participantes têm respondido adequadamente às tarefas impostas pela maternidade e evidenciam percursos desenvolvimentais bem sucedidos, à excepção dos relacionados com o percurso escolar e profissional.

Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar (2006), espera-se que os técnicos de saúde e de educação, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de *empowerment*, o princípio básico da promoção da saúde. As estratégias adoptadas pela Escola devem permitir criar sinergias com o ambiente social, assegurar respostas adequadas às necessidades e aos problemas diagnosticados, promover a participação do Centro de Saúde e dos outros sectores da comunidade no desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde.

Temos consciência que este estudo possui algumas limitações. A maior das limitações deve-se ao reduzido número de participantes e como tal, à impossibilidade de generalizar os resultados a todas as mães adolescentes inscritas no ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte. Neste sentido, recomendamos a continuação do estudo para que num futuro próximo seja possível elaborar e implementar um programa para mães adolescentes.

Gostaríamos que este programa constituísse uma condição facilitadora no processo da transição para o papel materno, no decurso da transição desenvolvimental própria da adolescência. Para isso, o programa visaria não apenas a melhoria da qualidade dos

cuidados à mãe e à criança, mas também um trabalho intersectorial e interdisciplinar que permitisse um contexto de vida mais favorável tanto para a mãe como para a criança.

Cuidar da adolescente em transição para o papel materno, exige do enfermeiro conhecimento, preparação, proximidade e compreensão do processo de transição, de forma a poder antecipar interferências e implementar acções, para que as transições sejam vivenciadas de forma saudável (Machado, 2004).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Margarida da Silva Neves – *Gravidez na adolescência: olhem como elas aprendem a ser mães!* Porto. Trabalho de investigação apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S. João Porto, 2003.

ALTO COMISSÁRIO DA SAÚDE - *Nascimento em mulheres adolescentes*. Indicadores e metas do Plano Nacional de Saúde, 2004 / 2010.

AMAZARRAY, Mayte Raya [et al.] - A experiência de assumir a gestação na adolescência: Um estudo fenomenológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 11 (1998), Nº 3, p. 431-440.

ANDRADE, Paula Rosenberg; RIBEIRO, Circéa Amália; OHARA, Vieira da Silva - Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. *Revista Gaúcha Enfermagem*: Porto Alegre, 2009.

AQUINO, Estela [et al.] – Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19 (2003), Nº 2, p. 377-388.

ARAI, Lisa - British policy on teenage pregnancy and childbearing: the limitations of comparisons with other European countries. *Critical Social Policy* (2003). Vol. 23 (2003), Nº 1, p. 89-102.

AZÊDO, Daniela Baptista Maia - *O suporte social e a percepção do estado de saúde na maternidade na adolescência*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa: Porto, 2010.

AZEVEDO, Ana Isabel Martins – *Processo de Transição do Adolescente Hospitalizado numa Unidade de Adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem apresentado à Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010a.

AZEVEDO, Paulo Manuel Dias - *Partilha de informação de enfermagem sobre os prestadores de cuidados: Dimensão relevante para a transição de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem apresentado à Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010b.

BARDIN, Laurence – *Análise do conteúdo*. Lisboa. Edição 70 - 3ª Edição, 2004.

BARKER, S. L.; CASTRO, D. M. F. - Gravidez na adolescência: dando sentido ao acontecimento. *Adolescência & psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas* Brasília, 2002, p.78-84.

BENSON, Mark J. - After the adolescent pregnancy: parents, teens and families. *Child & Adolescent Social Work Journal*. Vol. 21 (2004), Nº 5, p. 435-455.

BLAIR, Tony - *Kirklees Teenage Pregnancy Strategy*. Kirklees, 2009. [Consultado a 3 de Março de 2011], disponível em [http://www.kirklees.nhs.uk/fileadmin/documents/publications/teenage_and_youth/teen_preg_strategy_3 .pdf](http://www.kirklees.nhs.uk/fileadmin/documents/publications/teenage_and_youth/teen_preg_strategy_3.pdf).

BOGDAN, Robert C.; BLIKLEN, Sari Knopp - *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução a teoria e aos métodos*. Porto Editora, 1994.

BORGES, Ana Luiza Vilela; FUJIMORI, Elizabeth – *Enfermagem e a Saúde do Adolescente na atenção Básica*. Brasil, Editora Manole, 1ª Edição, 2009.

BORGES, Ana Patrícia Vargas - Significações durante a transição para a maternidade: A mulher antes e depois do parto. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Bahia,

BRÁS, Manuel Alberto Morais – *A sexualidade do adolescente: a perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008.

BURNS, Nancy; GROVE, Susan K. - *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. Elsevier Saunders, 2005.

CABRAL, Cristiane da Silva - *Vicissitudes da gravidez na adolescência entre jovens das camadas populares do rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado apresentado ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

CABRITA, Telma - *Comportamento Parental em Situações de Risco: Mães Adolescentes*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2004.

CANAVARRO, Maria Cristina - *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra, Quarteto Editora, 2001.

CANAVARRO, Maria; PEREIRA, Marco - *Gravidez e Maternidade na Adolescência: Perspectivas Teóricas*. Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra, Quarteto Editora, 2001.

CARLOS, Ana Isabel [et al.]- Comportamento parental de mães adolescentes. *Revista Análise Psicológica*. Vol. 25 (2007), Nº 2.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela M. - *Metodologia da Investigação – Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

CNP - Classificação Nacional de Profissões - Instituto do Emprego e Formação profissional. [Consultado a 2 de Março de 2011], disponível em <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>.

COLLAÇO, Vania Sorgatto; MAGAJEWSKI, Flavio Ricardo; RIBEIRO Ivete Maria – *Saúde colectiva e da família: atenção integral à saúde da mulher, da criança e do adolescente no contexto familiar*. Tubarão: gráfica Coan, 2005.

COSTA, Maria Augusta Marques de Almeida - *A gravidez na adolescência perspectiva dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade Porto: Porto, 2002.

COSTA, Maria Emília - *Novos encontros de amor –Amizade, amor e sexualidade na adolescência*: Editora Âmbar - Porto, 1998.

COSTA, Maria Conceição [et al.] - Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*. Brasil, 2002. Vol. 18, Nº 3, p. 715-722.

DAVIES, Sue - *Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry*. *Jornal of advanced nursing* (2005). Vol. 52 (2005), Nº6.

DOMINGOS, Andreia Couto – Gravidez na adolescência: Enfermagem na estratégia de saúde da família. Universidade Federal de Minas gerais, 2010.

DUARTE, Rosa – Pesquisa qualitativa: Reflexão sobre o trabalho de campo. *Caderno de pesquisa*. Departamento de Educação da portifícia da Universidade Católica do Rio de Janeiro. São Paulo, 2002, Nº 111.

ERIKSON, Erik H. – life Cycle. Edition Gardner, Readings in developmental psychology: 2ª Edition. Boston: Little, Brown and Company, 1982.

FIGUEIREDO, Bárbara - *Maternidade na Adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais*. *Revista de Análise Psicológica*. Vol. 4 (2000), p. 485 – 498.

FIGUEIREDO, Bárbara - Maternidade na Adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol. 3 (2001), Nº 2, p. 220 à 238.

FIGUEIREDO, Bárbara [et al.] - Gravidez na adolescência: das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 6 (2006), Nº 1, p. 97 – 125.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida; NASCIMENTO, M. A L. e FRANCISCO, M. T. R. - Práticas de enfermagem ensinando a cuidar da criança. *Difusão enfermagem*, São Caetano do Sul, 2003, p. 45-78.

FORTIN, Marie Fabienne - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência, 2003.

FORTIN, Marie Fabienne - *O processo de investigação da concepção à realidade*. Loures, Lusociência - 5ª edição, 2009.

GODINHO, Roselí Aparecida [et al.] - Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 8 (2000), Nº 2, p. 25-32.

GRADY, Mary Alice; BLOOM, Kathaleen C.- Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a Centering Pregnancy Program. *Journal of Midwifery and Women's Health*. Vol. 49 (2004), p. 412-420.

HARDY, Janet B.; ZABIN, Laurie Schwab - *Adolescent pregnancy in an urban environment: issues, programs, and evaluation*. Baltimore Copyright: Urban & Schwarzenberg, 1991.

HASSEN, Maria de Nazareth Agra; VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva -*Pesquisa qualitativa: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

HEILBORN, Maria Luiza [et al.] - Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, 2002, Vol. 8, Nº 17, p. 13-45.

INE (Instituto Nacional de Estatística) - *Estatísticas Demográficas 2009*. Lisboa: INE. [Consultado a 11 de Outubro de 2011], disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000596&contexto=pi&selTab=tab0

KRALIK, Debbie; VISENTIN, Kate; VAN LOON, Antonia – Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 55 (Agosto, 2006), Nº 3, p.320-329.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo, Atlas S. A.: 4ª Edição, 1999.

LETOURNEAU, Nicole L.; STEWART, Miriam J.; BARNFATHER, Alison K. - Adolescent mothers: support needs, resources, and support-education interventions. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 35 (2004), p. 509-525.

LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; PICCININI, Cesar Augusto; LOPES, Rita de Cássia Sobreira - Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia*. Campinas, 2008, Vol. 25, Nº 2, p. 251-263.

LILA, Tiago Filipe Vivo Bento – *Auto-estima e Percepção das Práticas Parentais na Fase Final da Adolescência*. Mestrado Integrado em Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica apresentado à Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2009.

LIMA, Celian Tereza Batista [et al.] - Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*. Vol. 4 (2004), Nº 1, p. 71-83.

LINCOLN, Yvonna S.; GUBA, E. - *Naturalistic inquiry*. Beverly Hill: SAGE Publications, 1991.

LOURENÇO, Maria Madalena de Carvalho - *Textos e contextos da gravidez na adolescência. A adolescente, a família e a escola*. Lisboa: Fim de Século, 1998.

MACHADO, Margareth Voigt Pisconti. *A transição do ser adolescente puérpera ao papel materno sob o enfoque do cuidado de enfermagem*. Dissertação de Mestrado ao programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná: Curitiba, 2004.

MELEIS, Afaf Ibrahim - A passion for substance revisited: Global transitions and international commitments. Published keynote speech given, National Doctoral Forum, St. Paul, June 1993.

MELEIS, Afaf Ibrahim - *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997.

MELEIS, Afaf Ibrahim - *Theoretical Nursing Development & Progress Fourth*. Copyright, Fourth Edition, 2007.

MELO, Maia Taís - Estar grávida na adolescência: um estudo realizado no Hospital Regional de São José - *SC. Psicologia & Sociedade*. Vol. 13 (2001), Nº1, p. 93-106.

MENEZES, Ida Helena Carvalho; DOMINGUES, Maria Hermínia Marques da Silva - Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. *Revista de Nutrição*. Vol. 17 (2004), Nº 2, p. 185-194.

MILES, Mathew B.; HUBERMAN, A. Michael - *Qualitative data analysis: A source book of new methods*. Bervely Hills, C. A.: Sage, 1984.

Ministério da Saúde - Rede de Referência Materno-infantil. Direcção geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. [Consultado a 1 de Abril de 2011]

disponível em
<http://www.arslvt.minsaude.pt/DocumentosPublicacoes/Documents/redereferenciacaomaternoinfantil.pdf>

MONTEIRO, Rosa - *O que dizem as mães: mulheres trabalhadoras e suas experiências*. Coimbra: Quarteto, 2005.

MOREIRA, Paulo; MELO, Ana - *Saúde mental: Do tratamento à prevenção*. Porto Editora, 2005.

Município de Lousada – Lousada> Homepage. [Consultado a 3 de Março de 2011], disponível em <http://www.cm-lousada.pt/VSD/Lousada/vPT/Publica/>.

OMS Organização Mundial de Saúde - *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. A Declaração de Alma-Ata. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1978.

OMS World Health Organization - *Health promotion: a discussion document on the concept and principles*. Supplement of Europe News, Copenhagen 1984.

OMS World Health Organization - *Adolescent Friendly Health Services - an agenda for change*. Geneva: WHO, 2002.

OMS, Organização Mundial de Saúde – *Promovendo a Maternidade segura através dos direitos humanos*. Cépia, 2003.

PNS, Plano Nacional de Saúde 2004 / 2010 [consultado em 2 de Abril de 2011], disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>

PNSE, Plano Nacional de Saúde Escolar 2006 [consultado em 20 de Outubro de 2011], disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>

PACHECO, Alexandra [et al.] - Caracterização Social e Demográfica das Utentes da Consulta Externa de Grávidas Adolescentes da Maternidade Júlio Dinis no ano 2000. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol. 34 (2003), p.227-238.0

PEREIRA, Ana Isabel Freitas [et al.] - *O mundo interpessoal da grávida adolescente*. Psicologia: Teoria Investigação e Prática, 2002. Volume1, p.19-36.

PICCININI, César Augusto [et al.] - Apoio social percebido entre mães adolescentes e adultas. *Psicologia*. Vol. 33 (2002), Nº 1, p. 9-35.

PONTES, Ângela Felgueiras Pontes – Sexualidade: vamos conversar sobre isso? *Promoção do Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência: Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção em Meio Escolar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Saúde Mental apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2011.

PRAZERES, Vasco – Adolescentes, pais e tudo mais. *American Journal of Public health*, 2002.

REIS, Lyria Maria - *Gravidez e maternidade na adolescência um estudo no município de Uberaba estado de minas gerais*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada á Universidade Aberta: Lisboa, 2007.

RIBEIRO, José Luís Pais – *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. Oliveira de Azeméis: Legis Editora – 3ª Edição, 2010.

ROBERT, Michéle - *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*. 3 Ed. Saint-Hyacinthe: Edisem, 1988.

ROQUE, Otília - Semiótica da cegonha: Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada. *Associação para o Planeamento da Família*. Lisboa, 2001.

SABROZA, Adriane Reis [et al.] . - Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999 - 2001). *Cadernos de Saúde Pública*. V. 20 (2004), Nº 1, p. 130-137.

SAMPAIO, Daniel - *Lavar o mar: um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho, S.A., 2006.

SANTOS, Alba Lúcia Dias - *Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade*. Tese de Pós-Graduação em Saúde Pública apresentado à Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2006.

SANTOS, Sílvia Reis; SCHOR, Nélia - *Vivências da maternidade na adolescência Precoce*. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 37 (2003), Nº1, p. 15-23.

SANTOS, Sofia Almeida; SILVA, Joana dos Santos; FONSECA, Laura – *Como os contextos educativos trabalham nas e com as sexualidades juvenis?* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, 2009.

SÁ, Eduardo – *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim do Século – 2ª Edição, Março de 2004.

SILVA, Abel Paiva - *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. *Servir* (Jan-Abr de 2007). Vol. 1 e 2, p. 11-20.

SILVA, Renata; TAFNER, Elisabeth. P. - *Apostila de metodologia científica*. Brusque: ASSEVIM Associação Educacional do Vale do Itajaí-Mirim, fev. 2004.

SIMÕES, Sónia Catarina Carvalho - *Apoios e outros afectos na construção da maternidade na adolescência – Um estudo exploratório no concelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado em Família e Sistemas Sociais apresentado ao Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2004.

SOARES, Isabel; JONGENELEN, Inês - Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*. Vol. 16 (1998), Nº 3, p. 373-384.

SOARES, Isabel [et al.] - *Gravidez e maternidade na adolescência: um estudo longitudinal*. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* / ed. Maria Cristina Canavarro. Quarteto: Coimbra, 2001, p. 359-407.

SOUSA, Maria Filomena Grelo - *Sexualidade na Adolescência - Comportamentos, Conhecimentos e Opiniões / Atitudes de Adolescentes Escolarizados*. Dissertação de Mestre em Ciências de Enfermagem apresentado à Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto, 2000.

SOUZA, Ivana Fernandes - *Gravidez na Adolescência: uma questão social*. Porto Alegre: *Adolescência Latinoamericana*. Vol. 3 (2002), Nº 2.

SPRINTHALL, Norman A.; COLLINS, W. Andrews - *Psicologia do Adolescente – Uma Abordagem Desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1994.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dora R. - *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Lusociência: 2ª Edição, Loures, 2002.

TURATO, Egberto R. - *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNGER, Jennifer B.; MOLINA, Gnegory B.; TERAN, Lorena - Perceived consequences of teenage childbearing among adolescent girls in an urban sample. *Rounds: Journal of Adolescent Health*. Vol. 26 (2000), p. 205-212.

VALE, Isabel - Didáctica da Matemática e Formação Inicial de Professores num Contexto de Resolução de Problemas e de Materiais Manipuláveis. Aveiro (2000). Universidade de Aveiro.

VIÇOSA, Geraldina - Atendimento em grupo a gestantes adolescentes e seus companheiros: uma experiência de 10 anos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* (Janeiro / Abril 1993). Vol. 15, Nº 1, p. 65-69.

VIEIRA, Leila Maria [et al.] – Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*. Vol. 6 (Janeiro / Março 2006), Nº 1, p.135- 140.

VILAR, Duarte; GASPAR, Ana Micaela - *Traços Redondos (A gravidez em mães adolescentes)*. Edição Pais, Traços e Riscos de Vida: 2ª Edição Âmbar. Lisboa, 2000.

VITALLE, Maria Sylvia de Souza; AMÂNCIO, Olga Maria Silvério - *Gravidez na Adolescência*. Universidade Federal de São Paulo, 2004.

WAKSCHLAG, Lauren S.; HANS, Sydney L. - *Early parenthood in context: Implications for development and intervention*. Handbook of Infant Mental Health: 2.ª Edição. New York: Guilford Press, 2000.

WEEKS, Jeffrey - *Sexuality*. Nova Iorque: 2ª Edição first published, Routledge 2003.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson – O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana enfermagem*. Vol. 7 (Julho, 1999), Nº 3, p. 25-32.

ZAMPIERI, Maria de Fátima; GARCIA, Olga e BOEHS, Marta – *Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher*. Florianópolis: Editora Luzia dos Santos, 2005. Vol. 2, p. 311-328.

ANEXOS

Anexo I - Guião da entrevista semi-estruturada

Entrevista semi-estruturada

Guião da entrevista

Designação do bloco	Objectivos do bloco	Questões a colocar
Legitimação da entrevista e motivação da entrevistada	<ul style="list-style-type: none"> • Legalizar a entrevista • Motivar a entrevistada 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a entrevistada sobre o que se pretende com a entrevista; • Ajudar a entrevistada a perceber a dinâmica do trabalho de campo, baseado na entrevista;
Meio Ambiente em que a adolescente está inserida	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar a população quanto à idade, formação académica e a situação profissional; • Caracterizar o contexto familiar; • Conhecer o grupo de amigos; • Conhecer o recurso às instituições de saúde; • Descrever o tipo de apoio social que possui; 	<ul style="list-style-type: none"> • Que idade tem? • Qual o estado civil? • Qual a sua situação profissional? • Quais as habilitações académicas? • Frequenta a escola? • Se não, quando deixou de frequentar a escola? • Com quem habita?

		<ul style="list-style-type: none"> • Tem familiares que habitam perto? • Qual a idade do companheiro? • Quais as habilitações académicas do seu companheiro? • Qual a situação profissional do seu companheiro? • Qual a idade média do grupo de amigos? • Quais as habilitações académicas do grupo de amigos? • A que instituições de saúde recorre com regularidade?
Nível de Planeamento da gravidez e Expectativas face à gravidez e maternidade	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever o nível de planeamento da gravidez; • Conhecer as expectativas das adolescentes em relação ao papel materno; 	<ul style="list-style-type: none"> • A gravidez foi planeada? • Pensou nas mudanças que a gravidez e a maternidade iam exigir? • Quais eram as suas preocupações? E actualmente? • O seu filho está a alterar a sua vida? • O que espera do seu filho quando ele crescer?
Bem-estar emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as alterações emocionais desencadeadas pela maternidade; 	<ul style="list-style-type: none"> • O que sentiu em relação ao seu corpo após a gravidez? • Como se sente como mulher e mãe? • Como tem sido o seu estado de ânimo desde o nascimento do bebé? • Nos últimos tempos, tem tido preocupações?
Significado	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever o significado de ser mãe; 	<ul style="list-style-type: none"> • Como reagiu quando descobriu que estava grávida?

		<ul style="list-style-type: none">• Como foi para si ver o bebé pela primeira vez?• E para o seu companheiro?• Como está a decorrer esta experiência de ser mãe? <p>Qual a importância de ter um filho?</p>
--	--	---

Anexo II - Cronograma e estimativa de custo

Cronograma das Actividades a desenvolver na dissertação

Fases	Novembro 2010	Dezembro 2010	Janeiro 2011	Fevereiro 2011	Março 2011	Abril 2011	Maió 2011	Junho 2011	Julho 2011	Agosto 2011	Setembro 2011	Outubro 2011
Planeamento												
Colheita da Informação												
Análise e interpretação												
Redacção do relatório												

Estimativa de Custos

Fases	Pessoais	Materiais	Totais
Planeamento	250€	120€	370€
Colheita da Informação	300€	100€	400€
Análise e interpretação	200€	50€	250€
Relatório final	250€	120€	370€

Anexo III - Consentimento Livre e Esclarecido

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Fernanda de Ascensão Lopes Coelho, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre **Maternidade na Adolescência: Transição para o Papel Materno**. Este estudo tem como objectivos:

- Compreender o significado atribuído pelas adolescentes, ao processo de transição para o papel materno;
- Identificar o nível de conhecimentos / habilidades das adolescentes perante o papel materno;
- Caracterizar as dimensões afectivas e familiares;

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidades do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa e do Centro de Saúde de Lousada. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afectará a sua relação actual ou futura com a equipa de Enfermagem.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai ser-lhe solicitada a realização de uma entrevista, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. A entrevista será gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das suas respostas possa ser compreendido e analisado.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se prevêem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir uma maior e melhor participação das pessoas no seu processo de cuidados de enfermagem.

ANONIMATO / CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Estudo com o tema “ Maternidade na Adolescência: Transição para o papel materno.”

Eu, abaixo-assinado, _____
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

A informação e explicação que me foi prestada versaram a finalidade, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que forem colocadas durante a entrevista que será agendada na consulta do Centro de Saúde de Lousada.

Lousada, ____ de _____ de 2011

Assinatura do participante:

Assinatura do entrevistador:
